



ANEXO 05.03 Gestión Contractual en la Sanidad



Gestão contratual em saúde

Autora: Lídia Maria Tonon

Hospital do Coração – São Paulo - Brasil

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Tonon L. M. GESTÃO CONTRATUAL EM SAÚDE[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2015 ANEXO [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumo

O tema gestão contratual na saúde é recente na história do Sistema de Saúde Brasileiro. Tornou-se relevante, a partir da década de 1980, com a unificação do Sistema de Saúde e sua consequente descentralização. A temática permite diversas abordagens: evolução histórica, o modelo assistencial orientador, pressupostos para o planejamento, a regulação assistencial, impacto na gestão

hospitalar, análise do aspecto federativo, entre outros. Todavia, o presente texto tem exclusivamente como enfoque o de

apresentar os instrumentos de Contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde –SUS, sabendo que a Contratualização é um dos eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (-PNHOSP) (portaria nº 3.390/2013 GM/MS) e teve suas diretrizes estabelecidas pela portaria da Contratualização dos Hospitais (portaria nº 3.410/2013 GM/MS).

Antecedentes Históricos

Contratação dos Serviços de Saúde

A Contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde – SUS

Desafios:

Referencias bibliográficas

Antecedentes Históricos

Até a Constituição Federal em 1988, a responsabilidade de contratação serviços de saúde era executada pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (-INAMPS), autarquia federal pertencente ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social(-SINPAS). A lógica norteadora para a compra dos serviços privados dava-se a partir da oferta de serviços disponíveis, portanto, não era baseada nas necessidades sanitárias de uma dada população. Desta forma, não ocorria definição objetiva do tipo de serviço a ser contratado, bem como de metas físicas e de qualidade. Os instrumentos contratuais utilizados (quando existiam) nem sempre eram adequados à finalidade que se destinavam. Este processo, aliado a um financiamento para investimentos subsidiado pela União, ampliou sobremaneira a oferta dos serviços privados e a concentração dos mesmos nos centros urbanos economicamente mais desenvolvidos.

O advento da Constituição Federal de 1988, bem como a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990 acarretaram mudanças conceituais importantes. Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), sob a definição que saúde é direito de todos e dever do Estado, as responsabilidades da União, Estados e Municípios, a descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, a permissão para atuação complementar ao SUS do setor privado e outros itens igualmente relevantes, dispostos nos artigos 196 a 200 da Carta Maior.

Deu-se início a um amplo e intenso processo de descentralização de ações e serviços de saúde e seus recursos (humanos, financeiros e outros), quer do nível federal para estados e municípios ou do nível estadual para os municípios (27 Estados, 5.585 municípios). Alterações institucionais foram implementadas. Instituições foram extintas, ao exemplo do INAMPS e foram criadas instâncias gestoras deliberativas, como Comissão Gestora Bipartite (CIB) (composta por representantes do Estado e dos Municípios) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (composta por representantes da União, Estados e Municípios). Através destas Comissões foram instituídas as Normas Operacionais, normativas que definiram diretrizes, responsabilidades, processos para o planejamento sanitário e outras funções para os entes governamentais na área de saúde.

Esta operação incluiu a gestão dos serviços prestados pela rede privada contratada. Os gestores deram início ao processo de formalização desta relação, a fim de se adequarem à legislação que passara a vigor.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu de forma clara e inequívoca a autonomia dos Estados e Municípios, as competências de cada ente federativo incluso as competências privativas e concorrentes. Em 1993, foi publicada a Lei nº 8.666, que instituiu as normas para licitações e contratos da Administração Pública. Foi preciso criar a estrutura jurídica entre a legislação estabelecida para os contratos da administração pública e as necessidades específicas da gestão sanitária. Os gestores do SUS avançaram na compreensão de que o planejamento para a provisão de ações e serviços de saúde deve ter como lógica a mudança do quadro sanitário existente para uma população definida, que apresenta um quadro epidemiológico em território social específico e contextualizado historicamente.

Dada a permissão legal, os estabelecimentos de serviços de saúde, no Brasil, podem ser de natureza jurídica pública ou privada. Os de natureza pública, regidos pela Administração Pública, são, em geral, unidades da administração direta ou indireta (autarquias, fundação, empresas públicas e outros formatos). Os de natureza privada apresentam-se especialmente por sua finalidade lucrativa ou finalidade social (sem fins lucrativos).

Atualmente, na Atenção Hospitalar e Ambulatorial Especializada, o predomínio da produção complementar das ações e serviços do SUS é executada pelos estabelecimentos de natureza jurídica privada sem fins lucrativos, apesar de termos numéricos, a maioria dos estabelecimentos hospitalares serem de natureza pública (50,2%)(CNES-DATASUS).

Os gestores sanitários criaram diversos dispositivos de modo a possibilitar o conhecimento, a gestão da estrutura vigente e a mudança do modelo assistencial, a exemplo: (i) Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES); (ii) Centrais Reguladoras de acesso a leitos de internação, consultas e serviços especializados; (iii) Adoção dos conceitos de Redes de Atenção em Saúde – RAS, território sanitário, Redes Temáticas Assistenciais, Protocolos Assistenciais, Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, de Programação Pactuada Integrada – PPI, Plano Diretor de Regionalização e outros que ampliaram os dados e informações acerca da demografia e característica epidemiológica da população e conformaram o aparato legal para a contratação de serviços de saúde.

Concomitantemente, o quadro social passou por intensas modificações. O Brasil se tornou um país com a maioria da população residente em centros urbanos (IBGE 2010). O quadro demográfico-epidemiológico, a exemplo de outros países, apresenta mudanças com o aumento nos percentuais da população idosa, o declínio dos eventos agudos ocasionado pelas doenças transmissíveis e o aumento das doenças derivadas das condições crônicas ou ocasionadas pelas causas externas (violência urbana e outros) (Mendes 2009).

A avaliação da necessidade de mudança do modelo assistencial para a superação do quadro fragmentado de atuação da área de saúde, existe desde o início do SUS. Neste caminho ocorrem, no início dos anos 90, as primeiras experiências da atuação da APS, que em seguida é expandida nacionalmente, e que teve seus

objetivos conformados na Política Nacional de Atenção Básica (portaria nº 2.488/2011 GM/MS).

As práticas de descentralização financeira são alvo de constante aperfeiçoamento de suas estruturas e mecanismos, à exemplo da criação dos fundos nacional, estaduais e municipais de saúde, da unificação de diversas modalidades de transferências financeiras para as ações e serviços de saúde em grandes blocos e da recente regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000, pela lei complementar 141/2012 que trata dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, dos critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e das normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

Contudo, persistem os conflitos de âmbito operacional, decorrentes das responsabilidades concorrentes dos entes federados, o financiamento insuficiente por parte da União, a distribuição da maioria dos recursos financeiros da União pela série histórica de produção, a multiplicidade de formatos jurídicos institucionais e outros debates a serem enfrentados.

Apesar dos avanços inquestionáveis do SUS, com destaque a universalização, gratuidade e equidade da assistência, a mudança do modelo assistencial em curso, as políticas temáticas específicas, a ampliação espetacular do acesso, é de se observar que ainda existem prestadores de serviços atuando sem instrumentos formais de contratualização com o gestor sanitário, o que fundamenta esforços ainda persistentes neste sentido.

Contratação dos Serviços de Saúde

A contratação de serviços de saúde conta com muitos fundamentos legais: (i) a Constituição Federal; (ii) a Lei nº 8.080/1990, onde são estabelecidas as responsabilidades gestoras; (iii) a Lei nº 8.666/1993 que regulamenta a contratação de bens e serviços pelo Poder Público; (iv), a Lei nº 9.648/1998 que versa sobre concessões de serviços públicos; (v) a Lei nº 11.107/2005 que estabelece normas gerais de contratação dos consórcios Públicos; (vi) outras normas sobre temáticas específicas. Mesmo com

normativas federais, Estados e Municípios podem ter legislação complementar específica sobre o tema.

Para melhor entendimento, o termo “Contratualização” é próprio da gestão em saúde, que devido às suas especificidades, assim o conceituou: “formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização”. (PNHOSP, portaria GM/MS nº 3.390/2013).

Da mesma forma, cumpre apresentar os conceitos legais dos instrumentos celebrados pela Administração Pública:

Contrato: todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada. (Lei nº 8.666/1993)

Convênio: Acordo, ajuste ou qualquer outro instrumento que discipline a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e tenha como partícipe, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e, de outro lado, órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos, visando a execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação. (Decreto nº 6.179/2007)

Todavia, tendo em vista a multiplicidade de formatos jurídicos institucionais existentes no setor saúde, os instrumentos contratuais a serem utilizados pelo gestor sanitário, são:

- I - **Convênio:** firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas;
- II - **Contrato Administrativo:** firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010;

- III - **Contrato de Gestão:** firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 1998;
- IV - **Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP):** é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme a Portaria nº 161/GM/MS, de 2010. As regras do PCEP não se aplicam aos hospitais universitários federais, conforme a Portaria nº 161/GM/MS, de 2010;
- V - **Termo de Parceria:** instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme a Lei nº 9.790, de 1999;
- VI - **Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão:** firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão.

A contratação de serviços de saúde deve considerar elementos cuja tipologia dos contratos não especifica. A implementação da RAS apresenta em sua concepção a necessidade de planejamento das ações e serviços de saúde a partir de um território e uma população definidos, o denominado território sanitário. Nem sempre o território sanitário tem sua conformação coincidente ao território administrativo-legal. Esta questão tem implicações legais e operacionais, visto que o contratante é ou o gestor estadual ou o gestor municipal.

Outro item de igual importância é a distribuição de estabelecimentos de saúde. Há uma concentração nas regiões Sul e Sudeste de serviços hospitalares de maior porte e complexidade, ao contrário das demais regiões, que possuem em número absoluto maior quantidade de hospitais, porém de menor porte e complexidade. Portanto, os gestores municipais, a depender da localização dos serviços de saúde tais como hospitais e ambulatórios especializados, podem ter adicionalmente a responsabilidade de contratação de serviços para populações residentes em outros municípios e o mesmo ocorre para os Estados. Esta negociação, via de regra, é definida na Comissão Intergestores Bipartite -CIB e ratificada na Comissão Intergestores Tripartite -CIT.

A Contratualização dos Hospitais no Sistema Único de Saúde – SUS

Os esforços de aperfeiçoamento para a Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS são permanentes. Ainda que existentes normativas que tratam de especificidades acerca dos estabelecimentos de saúde, compete apresentar especialmente as portarias de nº 3.390/2013 GM/MS e nº 3.410/2013 GM/MS, que apresentam respectivamente, as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar e as diretrizes para Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS.

A leitura das normativas indica que a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e os hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP.

A portaria da Contratualização, pactuada entre os gestores em foro próprio (CIT) e publicada logo a seguir a PNHOSP, é aplicável a todos os entes federativos, que possuam hospitais integrantes do SUS, com as seguintes características

- I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais;
- II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e
- III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS.

Na atualidade existem instrumentos contratuais em execução, nos Estados e Municípios, que ao findar sua vigência, terão de ser elaborados com as novas normativas. A portaria, em síntese, estabelece:

- **As responsabilidades de cada esfera gestora, dentre**

outras: o financiamento tripartite das ações e serviços contratados; o estabelecimento **da área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais, em conformidade com as pactuações na Comissão Intergestora Bipartite e Comissão Intergestora Regional e com os Planos de Ação Regional das Redes Temáticas**; o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativa para as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sócio-demográficas; a previsão de metas e compromissos específicos para atenção à saúde indígena; a promoção da adequada regulação em conformidade com a Política Nacional de Regulação, através das Centrais de Regulação e a implantação de protocolos de acesso, definição da atuação dos pontos de atenção; **a instituição e acompanhamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização**; o controle, avaliação, monitoramento e auditoria dos serviços e ações produzidos; alimentação dos diversos Sistemas Nacionais de Informação e a promoção da oferta de vagas para estágio de graduação e pós-graduação.

A Comissão de Acompanhamento da Contratualização deverá monitorar o cumprimento das metas quali-quantitativas, a capacidade instalada, readequar as metas pactuadas, os recursos envolvidos e outras determinações legais.

- **As responsabilidades dos Hospitais:** divididas em 04 eixos:
 - **Assistência:** cumprimento dos compromissos contratualizados; dos respectivos requisitos assistenciais; utilização dos protocolos clínicos; realização de gestão de leitos, de serviços de urgência/emergência 24h; cumprimentos de dispositivos da Política Nacional de Humanização; do Programa Nacional de Segurança do Paciente e outros requisitos legais;
 - **Gestão:** cumprimento de todas as ações, serviços de saúde, de ensino e pesquisa estabelecidos no instrumento contratual através das metas quantitativas e qualitativas; dar conhecimento aos trabalhadores sobre

o instrumento contratual; dispor de Recursos Humanos, parque tecnológico e área física para o cumprimento estabelecido e de acordo com as legislações vigentes; divulgar a composição das equipes assistenciais e de dirigentes aos usuários; assegurar educação permanente dos trabalhadores e do Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; alimentar os sistemas de notificação compulsória existentes, apresentar regularmente a produção do estabelecido em norma contratual, incluso os dados necessários para alimentação dos Sistemas de Informação Nacional e participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização e outros requisitos legais.

- **Ensino e Pesquisa:** disponibilizar ensino integrado a assistência, ser campo de educação permanente para os profissionais da RAS, incluso seus trabalhadores e cumprir com os requisitos normativos específicos.
- **Avaliação:** acompanhar os resultados internos, o cumprimento das metas por meio dos indicadores qualitativos e quantitativos do instrumento contratual e outras responsabilidades correlacionadas. Minimamente deverão ser monitorados os indicadores: taxa de ocupação de leitos, tempo médio de permanência leitos da Clínica Médica, leitos cirúrgicos e taxa de mortalidade institucional. Aqueles que possuem CTI, deverão adicionalmente monitorar: taxa de ocupação de leitos da UTI e densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC), além daqueles dispostos no instrumento contratual, e/ou que participem das redes Temáticas de Atenção à Saúde.
- **Financiamento:** todos os recursos públicos de custeio deverão ser informados no instrumento contratual, incluso aqueles (estimados) relativos à renúncia fiscal. Importa destacar:
 - I - **incentivo financeiro:** todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados,

do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regimentos próprios;

- II - **orçamentação global**: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente;
- III - **orçamentação parcial**: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado;
- IV - **valor pós-fixado**: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e
- V - **valor pré-fixado**: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado.

Os Hospitais Públicos e Privados Sem Fins Lucrativos devem ser preferencialmente financiados por orçamento global.

A composição relativa ao valor pré-fixado será dada pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade e por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas quali-quantitativas.

Integram o componente pré-fixado dos instrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros:

- I - Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH);
- II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde;
- III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI);
- IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF);
- V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005;
- VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrasmus);
- VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e
- VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos.

A parte pós-fixada é composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. O gestor do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais, caso tenha disponibilidade financeira com fonte própria. A portaria também explicita que quando acordado entre as partes, poderá ser adotado o modelo de orçamentação global e que deverá ser levado em consideração: infraestrutura tecnológica, perfil assistencial, capacidade e produção de serviços bem como o custo regional de material e serviços.

O valor pré-fixado dos recursos serão repassados mensalmente da seguinte maneira: 40% condicionados ao cumprimento das metas qualitativas e 60% condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. Estes percentuais poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas. Há cláusulas de punição caso não sejam cumpridas as metas e de reorganização contratual em caso

de aumento ou diminuição constantes das metas estabelecidas.

Instrumento Formal de Contratualização: deverá conter duas partes indissociáveis a saber: o Instrumento Formal Contratual propriamente dito, respeitada as legislações pertinentes, e o Documento Descritivo:

- **Instrumento formal de contratualização:** as responsabilidades do hospital, dos entes gestores (repasses financeiros, fonte, mecanismos, sanções, penalidades, comissão de acompanhamento);
- **Documento Descritivo:** com o estabelecimento de todas as ações e serviços de saúde e suas correspondentes metas qualitativas e quantitativas e indicadores de monitoramento, a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos envolvidos, a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes. Sua validade máxima é de 24 meses, sendo facultado modificações e/ou renovações quando acordado entre as partes.

Como já informado, a contratualização poderá ser firmada com os seguintes instrumentos legais: convênio, contrato administrativo, contrato de gestão, protocolo de cooperação entre entes públicos, termo de parceria, termo de compromisso ou contrato de gestão. Alguns são regidos ou por leis federais ou por portarias específicas.

Monitoramento e Avaliação: é de responsabilidade de todas as esferas de gestão do SUS, respeitadas as suas competências, poderá ser realizado por meio de informações oficiais e visita "in loco" e caberá aos órgãos de controle interno, em especial o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros citados.

A portaria definiu que o Ministério da Saúde deverá publicar o documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais e desenvolver e implementar o sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS.

Desafios:

- A definição operacional das responsabilidades das esferas gestoras do SUS construídas e pactuadas durante a década de 90 foram implementadas de modo diverso dada a autonomia legislativa dos Estados e Municípios sobre seus procedimentos administrativos legais, orçamento e organização de serviços.
- A contratualização é, por definição, o processo de formalização da relação entre os gestores públicos de saúde e os hospitais integrantes do SUS. Porém, a portaria publicada não incorporou os hospitais públicos e privados com fins lucrativos abaixo de 50 leitos e os hospitais sem fins lucrativos com menos de 25 leitos operacionais. Este é o maior contingente de estabelecimentos hospitalares no Brasil. Aguarda-se a pactuação sobre os mecanismos de contratualização para este segmento. Até esta nova pactuação, estes estabelecimentos seguem se reportando à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (portaria nº 1.044 GM/MS).
- A concepção de atuação em rede assistencial, em termos de pactuação gestora, foi realizada apenas no ano de 2010 e culminou na publicação da portaria nº 4.279, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS apresenta em sua concepção e como condição *"sine qua non"* a necessidade de planejamento das ações e serviços de saúde a partir de um território e uma população definidos, o denominado território sanitário. Nem sempre o território sanitário é igual ao território administrativo-legal. Esta questão tem implicações legais e operacionais, visto que o contratante é ou o gestor estadual ou o gestor municipal.
- O decreto presidencial Nº 7.508 que regulamenta a Lei Nº 8.080 sobre o planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação federativa, prevê a instituição do Contrato Organizativo de Ação Pública, entre entes públicos. Para sua implementação, é necessário que a capacidade gestora dos Estados e Municípios seja fortalecida, notadamente na

função de planejamento *latu sensu*. Os Estados entendem que sem a participação objetiva da União, notadamente na readequação do financiamento do setor e novas normativas de repasses financeiros, o planejamento sanitário fica comprometido, uma vez que a definição do montante financeiro a ser destinado para as diversas atividades a serem exercidas é parte integrante do processo de planejamento.

- As diversas estruturas da natureza jurídica Pública ou Privada para os estabelecimentos de saúde, tem implicado em diversos instrumentos jurídicos a serem utilizados. Nem sempre o Estado ou o Município possuem estruturas internas capazes de cotidianamente estabelecer o correto planejamento, controle, monitoramento e avaliação destes instrumentos.
- Em 31 de julho de 2014 foi publicada a lei Nº 13.019 versa sobre o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não as transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Está em discussão com os gestores quais serão as adequações necessárias à portaria de Contratualização.
- A portaria de Contratualização publicada em dezembro de 2013 definiu o prazo de 365 dias, a contar de sua publicação, para os gestores se adequarem a nova proposição. Este prazo foi dilatado para mais 365 dias, a partir de 29 de dezembro de 2014, com a publicação da portaria nº 2.839 GM/MS.

Bibliografia

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Sistema único de Saúde.
 - *Coleção para entender a gestão do SUS (volumes 1, 2, 4, 10 e 13). Brasília: CONASS, 2011.*
 - *CONASS documenta, caderno 26. A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde. Brasília: CONASS, 2013.*
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988:
 - *Constituição (1988). Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de setembro de 2000.*
 - *Decreto nº 6.179, de 2 de agosto de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 de agosto de 2007.*
 - *Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de janeiro de 2010.*
 - *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de junho de 2011.*
 - *Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012.*
 - *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.*

- *Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de junho de 1993.*
- *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de maio de 1998.*
- *Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de maio de 1998.*
- *Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de março de 1999.*
- *Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 de abril de 2005.*
- *Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de agosto de 2014.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 161, de 21 de janeiro de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de janeiro de 2010.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de janeiro de 2007.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de abril de 2013.*

- *Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de maio de 2010.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de junho de 2004.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de agosto de 2008.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de agosto de 2004.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de setembro de 2005.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 2.617, de 1 de novembro de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de novembro de 2013.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 2.839, de 29 de dezembro de 2014. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de dezembro de 2014.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 3.030, de 11 de dezembro de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 de dezembro de 2013.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de abril de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de maio de 2013.*

- *Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de janeiro de 2014.*
- *Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópico no Brasil no período de 2003-2010, Uma Análise do Processo de Implantação da Contratualização. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CNES, Secretaria de Atenção à Saúde, relatórios online. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br
- IBGE, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes a população brasileira, fornecidos em meio eletrônico. Disponível em: www.ibge.gov.br
- MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde – Belo Horizonte: ESP-MG, 2009
- SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização / Campinas, SP : Saberes Editora, 2012