



Estado de Sergipe
Assembléia Legislativa

LEI Nº 6.345
DE 02 DE JANEIRO DE 2008
Publicado no Diário Oficial No 25424, do dia 03/01/2008

Dispõe sobre organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe - SUS/SE, e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE:

Faço saber que a Assembléia Legislativa do Estado de Sergipe aprovou:

TÍTULO I

DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE, cabendo ao Estado e aos Municípios organizarem as respectivas ações e serviços de saúde de acordo com as suas disposições.

TÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I

DO DIREITO À SAÚDE

Art. 2º O direito à saúde é garantido mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva executadas pelos entes, órgãos e entidades que compõem o Sistema Único de Saúde no Estado, nos termos do disposto na Constituição Federal, leis gerais nacionais e nesta Lei.

Art. 3º Por serem de relevância pública, as ações e serviços de saúde públicos ou privados, são de responsabilidade do Poder Público, dos cidadãos e da sociedade e requerem a interação de todos, na consecução dos resultados qualitativos e quantitativos para o bem comum em matéria de saúde.

Art. 4º Na organização e no funcionamento do SUS no Estado, os dirigentes da saúde devem adotar medidas destinadas à identificação e divulgação dos fatores determinantes e condicionantes do

estado de saúde da população e, nesse sentido, articular-se com os órgãos e instâncias governamentais responsáveis pelos setores econômicos, de educação, trabalho, habitação, saneamento, transporte, alimentação, nutrição, meio ambiente, dentre outros, com o objetivo de contribuir para que as políticas econômicas e sociais evitem o risco de doenças e outros agravos.

Art. 5º Ressalvada a competência privativa do Governador do Estado e dos Prefeitos para a prática de atos específicos decorrentes do exercício da chefia do Poder Executivo, a direção do Sistema Único de Saúde – SUS, no Estado é exercida, exclusivamente, no Estado e no Município pelos Secretários de Saúde ou autoridade equivalente.

Parágrafo único. Além do Governador do Estado e do Prefeito Municipal e dos Secretários de Saúde, as demais autoridades sanitárias do SUS s no Estado são as identificadas na estrutura organizacional das Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para efeitos desta Lei considera-se:

I – Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento integral das necessidades individuais e coletivas de saúde da população usuária do SUS, de acordo com o padrão de integralidade pactuado, organizado em redes especializadas de serviços locais, regionais e estadual, em conformam a rede interfederativa de serviços;

II – Protocolos de Conduta – são normas técnicas e científicas que têm por finalidade definir padrão de qualidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

III – Portas de Entrada – serviço do SUS especializado no primeiro atendimento à pessoa, o qual deverá ser dotado de capacidade técnica e humana de identificação das necessidades da pessoa, capaz de referenciá-la para os serviços de maior especialização ou complexidade, conforme o caso e a situação;

IV – Sistema Interfederativo de Regulação – sistema composto pelo complexo regulatório do SUS, as centrais de regulação especializadas, as portas de entrada e os pontos sistêmicos, o qual tem a finalidade de atuar de maneira unificada na identificação das necessidades dos usuários do SUS com o fim de garantir-lhes o acesso, integral e equânime, às ações e serviços de saúde;

V – Ponto Sistêmico – todos os órgãos e entidades integrantes do SUS no Estado, nele compreendido os serviços privados contratados ou conveniados, são considerados como pontos de acesso ao sistema, os quais devem garantir à pessoa o seu direito à saúde, conforme regras estabelecidas pelo sistema interfederativo de regulação;

VI – Complexo Regulatório do SUS – é composto pelo complexo regulatório do sistema de saúde consistente no gerenciamento da entrada da pessoa no SUS por centrais especializadas que devem observar todas as normas, protocolos que regulam o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, desde a atenção primária até a atenção especializada que possibilita o agenciamento de ações e serviços de saúde a cada indivíduo de acordo com suas necessidades, facilitando a conformação dos projetos terapêuticos individuais;

VII – Estratificação de Risco – processo de qualificação e escalonamento dos riscos de doença e

agravos à saúde e identificação das pessoas individual ou coletivamente expostas;

VIII – Contrato de Ação Pública – acordo de vontades firmado entre entes federados com o fim de organizar as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, definindo as responsabilidades, as programações, metas, direitos e obrigações de cada um, sempre de acordo com os consensos obtidos no colegiado interfederativo;

IX – Colegiados Interfederativos – instâncias de definição da gestão mediante consensos, composta de entes federativos, os quais devem discutir e aprovar a integração operativa das ações e serviços de saúde, a sua regionalização, hierarquização, as responsabilidades, seu financiamento e demais aspectos da atenção e do sistema de saúde no Estado;

X – Consenso Interfederativo de Saúde – instâncias compostas pelos entes federados com a finalidade de definir de maneira consensual todos os aspectos da atenção à saúde, sua gestão administrativa, financeira, regionalização, hierarquização, responsabilidades, direitos e deveres, dentre outros.

TÍTULO III

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO

CAPÍTULO I

DA CONSTITUIÇÃO DO SUS

Art. 7º O Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE é constituído pelo conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, assistenciais, de ensino, pesquisa, produção de medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e outros insumos de saúde, desenvolvido por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e por instituições privadas participantes do SUS no Estado, em caráter complementar, imprescindíveis para a garantia das necessidades de saúde individual e coletiva no Estado.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Art. 8º O Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE, obedece os seguintes princípios e diretrizes:

I - universalidade de acesso do indivíduo às ações, serviços, tecnologias e insumos oferecidos pelo SUS dentro de um padrão de integralidade, observadas as normas e os fluxos estabelecidos nesta Lei e demais legislações, em todos os níveis de atenção à saúde.

II - igualdade de atendimento;

III - equidade, como forma de suprir as deficiências do tratamento igualitário de casos e situações e garantir o acesso integral a todos.

IV - gratuidade das ações e serviços de saúde, vedada a cobrança de despesa sob qualquer hipótese;

V - integralidade da atenção à saúde;

VI - resolutividade dos serviços e ações em todos os níveis de assistência;

VII - racionalidade na organização de serviços, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes;

VIII - descentralização das ações e serviços de saúde, com ênfase na municipalização;

IX - planejamento que reflita as necessidades da população e a regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo;

X - intercâmbio de dados, informações e experiências referentes ao SUS, visando ao seu aprimoramento e ao fortalecimento das relações do Estado com os Municípios, União e a sociedade;

XI - incentivo ao trabalho integrado e harmonioso dos profissionais que atuam na área da saúde, promovendo o reconhecimento, em favor da qualidade e resolutividade dos serviços e das ações de saúde, da experiência e da capacidade técnica e científica demonstrada pelo profissional.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE

SAÚDE NO ESTADO DE SERGIPE

Art. 9º São atribuições dos órgãos e entidades públicas que compõem o Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE e nos Municípios a formulação de política e a execução de ações e serviços de acordo com as competências definidas nesta Lei.

Parágrafo único. O Estado e os Municípios nas reuniões dos Colegiados Interfederativos podem dispor em minúcias sobre as competências dos Estados e Municípios, disciplinando, assim, de forma mais detalhada as atribuições de cada ente no seu território e na regionalização, respeitadas as competências estabelecidas na legislação pertinente.

Art. 10. São considerados como ações e serviços de saúde, para efeito da aplicação de recursos da saúde, todos aqueles que decorram das atribuições legais e constitucionais impostas ao Estado e aos Municípios, sendo vedada a utilização de recursos de saúde em atividades não inseridas no campo de atuação do SUS, conforme definido no art. 200, da Constituição Federal, art. 6º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nesta Lei, e em leis sanitárias específicas.

§ 1º As atividades-meio ou as atividades administrativas que dão suporte às atividades fins da saúde, bem como o pagamento de pessoal da saúde e os encargos fiscais e trabalhistas incidentes, são considerados despesas em saúde para efeitos dos cálculos dos gastos em saúde, sendo vedada a utilização de recursos para pagamento de pessoal inativo da saúde.

§ 2º Na definição de novas atribuições ao SUS no Estado há de ser considerado se o serviço não está compreendido em outras áreas da seguridade social, como previdência e assistência social, nem em outros setores sociais, nem sejam serviços enquadrados no art. 145, inciso II da Constituição Federal.

Art. 11. A responsabilidade sanitária dos dirigentes da saúde na execução de ações e serviços de

saúde é delimitada pelo montante de recursos alocados à saúde por cada esfera de governo, conforme metas pactuadas no contrato de ação pública e no plano municipal de saúde, elaborados de acordo com as diretrizes estabelecidas no plano estadual de saúde e nos consensos interfederativos, respeitados os limites mínimos de recursos que devem ser aplicados obrigatoriamente na saúde, conforme previsto na Constituição e leis específicas.

Seção I

Da Competência Estadual

Art. 12. Compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde:

I - acompanhar, controlar e avaliar as redes regionalizadas e hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

II - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

III - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância:

a) epidemiológica;

b) sanitária;

c) nutricional;

d) ambiental; e

e) de saúde do trabalhador;

IV - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da formulação da política das ações de saneamento básico;

VI - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VII - formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

VIII - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

IX - estabelecer normas para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde no Estado;

X - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XI - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XII - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade.

§ 1º Para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, o Estado pode requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.

§ 2º Compete ao Estado, em todas as ações e serviços de saúde, atuar de forma complementar ao Município sempre que necessário para a melhoria dos serviços de saúde.

Seção II

Da Competência do Município

Art. 13. Compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde próprios e cedidos por outros entes, conforme pactuação estabelecida;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - executar o controle e avaliação das ações referentes às condições de saúde da população;

IV - executar os serviços de saúde dentro do seu âmbito de competência, conforme pactuação estabelecida no contrato de ação pública, incluindo:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de saúde do trabalhador;

d) de vigilância ambiental;

e) de vigilância nutricional;

V - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VI - colaborar com a União e o Estado na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos;

VII - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

VIII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

§ 1º Para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, o Município pode requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

§ 2º As competências previstas neste artigo, em especial as do inciso I, devem ser definidas em detalhe nos colegiados interfederativos observado sempre as condições de gestão do município, em

relação à sua capacidade demográfica, social, econômica, epidemiológica e de organização dos serviços.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ESTADO

Art. 14. O SUS no Estado de Sergipe deve ser organizado administrativamente com base na integração de meios, serviços, ações, atividades e de recursos e na descentralização político-administrativa.

§ 1º No âmbito do Poder Executivo do Estado, a descentralização deve ser feita conforme exigirem as características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e resolutividade dos serviços do SUS, para permitir o acesso da população a todos os níveis de atenção.

§ 2º No caso população em risco social, prisional, albergada e escolar, e de pessoas com deficiências, a atenção ambulatorial deve constar de projetos integrados com as áreas de educação, trabalho, promoção social e outras.

§ 3º As atividades de vigilância epidemiológica, controle de endemias, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador no SUS são públicas e exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas, e meio ambiente.

§ 4º Devem ser criadas comissões intersetoriais, de âmbito estadual, com o fim de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, mas de interesse da saúde, vedado o financiamento com recursos da saúde de áreas que não estejam legalmente inseridas no campo de atuação do SUS, conforme disposto no art. 132 desta Lei.

Art. 15. É responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde - SES e das Secretarias Municipais de Saúde desenvolver de forma compartilhada e pactuada, ações e serviços que garantam aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS o acesso a ações e serviços, de acordo com o padrão de integralidade mencionada nesta Lei, cabendo-lhes definir em contratos de ação pública, aprovados no colegiado interfederativo estadual e assinados pelas autoridades competentes, as responsabilidades de cada um, o financiamento e as penalidades pelo descumprimento do contrato.

Seção I

Da Integralidade da Assistência

Art. 16. A integralidade da assistência é definida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde em todos os níveis da assistência necessários ao cuidado da saúde integral do indivíduo, ofertados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com protocolos e padrões técnicos e científicos definidos de acordo com as disponibilidades de recursos, conjugada com as necessidades da população;

Art. 17. O padrão técnico e científico da integralidade da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde no Estado – SUS/SE, observadas as normas gerais federais, deve ser definido pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, pactuado por consenso no colegiado interfederativo estadual e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 18. Uma câmara técnica, criada por ato do Secretário de Estado da Saúde, deve ser a responsável pela padronização de incorporação tecnológica de serviços e insumos para ações e serviços de diagnose, medicamentos e terapêutica no Sistema Único de Saúde no Estado – SUS/SE, a qual deve adotar como princípio o estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

§ 1º A câmara técnica deve ser composta por no mínimo 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) pessoas de notório conhecimento técnico e científico em gestão do SUS, escolhidos pelo Secretário de Estado da Saúde, dentre servidores públicos, federais, estaduais e municipais, efetivos ou comissionados, representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS e representantes da sociedade civil.

§ 2º No processo de incorporação de novas tecnologias, a câmara técnica deve levar em conta o critério epidemiológico, técnico-científico, a possibilidade de substituição de uma tecnologia por outra já existente, a necessidade de sua inclusão e a disponibilidade orçamentária e financeira, devendo o interesse coletivo ter prevalência sobre o individual.

§ 3º Os pareceres da câmara técnica devem ser justificados e acompanhados da viabilidade orçamentária e financeira e submetidos ao Conselho Estadual de Saúde - CES para definição acerca da sua incorporação aos protocolos da SES.

§ 4º Os membros da câmara técnica fazem jus a remuneração pela participação nos trabalhos, conforme a legislação vigente.

§ 5º Ato do Secretário de Estado da Saúde deve regulamentar o funcionamento da câmara técnica.

Art. 19. Para a garantia da equidade devem ser criadas listas de ordenamento do acesso às ações e serviços de saúde, de acordo com o padrão técnico e científico da integralidade, fundada na estratificação do risco e no critério cronológico, conforme pactuações definidas no colegiado interfederativo estadual.

§ 1º Todo usuário deve ser cadastrado no SUS, através do Cartão Nacional de Saúde ou documento similar.

§ 2º Os usuários sem cadastro não devem deixar de ser atendidos, cabendo aos servidores público as necessárias providências para a sua concretização, ainda que de forma provisória.

Subseção I

Do Acesso às Ações e Serviços de Saúde

Art. 20. O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no SUS no Estado se dá pelas portas de entrada estabelecidas nesta Lei.

Art. 21. São portas de entrada às ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde no Estado, de observância obrigatória por todos os seus usuários:

I - unidades de atenção básica, nelas compreendidas os serviços de saúde da família;

II - unidades de urgência e emergência, entre as quais o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

- SAMU;

III - centros de atenção psicossocial;

IV - unidades especiais de acesso aberto.

§ 1º Cada porta de entrada conterá pontos sistêmicos que disponibilizarão determinado rol de procedimentos, conforme suas especificidades.

§ 2º Podem ser criadas novas portas de entrada no sistema desde que aprovadas no colegiado interfederativo estadual, cabendo ao Secretário de Estado da Saúde tornar pública, mediante portaria, as novas unidades ou serviços de saúde definidos como “portas de entrada do SUS”.

Subseção II

Do Sistema Interfederativo de Regulação

Art. 22. O complexo regulatório do SUS, as centrais de regulação especializadas, as portas de entrada e os pontos sistêmicos compõem o Sistema Interfederativo de Regulação, o qual tem a finalidade de atuar de maneira unificada na identificação das necessidades dos usuários do SUS com o fim de garantir-lhes o acesso, de forma integral e equânime, às ações e serviços de saúde.

Art. 23. O Sistema Interfederativo de Regulação têm por atribuições, dentre outras que venham a ser definidas pela Secretaria de Estado da Saúde, após pactuação:

I - garantir que o acesso às ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, dê-se de forma transparente, integral e equânime;

II - orientar e ordenar os fluxos assistenciais;

III - monitorar o cumprimento dos pactos de garantia de acesso estabelecidos;

IV - monitorar o padrão de integralidade;

V - disponibilizar a oferta regional, de acordo com a programação geral de ações e serviços de saúde individuais e coletivos;

VI - demais atribuições inerentes à gestão do sistema.

Art. 24. A Secretaria de Estado da Saúde - SES, por portaria, deve instituir comissão de gestão do sistema interfederativo de regulação e disporá sobre as centrais de regulação, devendo propor ao Colegiado Interfederativo Estadual o regulamento do seu funcionamento.

Art. 25. O complexo regulatório do SUS deve ser gerenciado por servidores da Secretaria de Estado da Saúde - SES designados especialmente para o exercício desta atividade e por servidores indicados por cada região de saúde.

Parágrafo único. São as seguintes as centrais de regulação, podendo o colegiado interfederativo, em consenso, promover alterações nesse rol:

I - urgência e emergência;

II - serviços hospitalares;

III - serviços ambulatoriais especializados;

IV - serviços de tratamento fora do domicílio;

V - serviços de transplante.

Art. 26. Os servidores designados para o exercício da função de regulação regional devem ser profissionais médicos habilitados para o exercício da função.

Parágrafo único. As atribuições desses servidores devem ser definidas em portaria do Secretário de Estado da Saúde.

Art. 27. O complexo regulatório do SUS, que deverá executar as suas atividades de maneira unificada com os demais integrantes do sistema interfederativo regulatório, deve ser provido e mantido pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, podendo essa determinação ser alterada no colegiado interfederativo, por consenso.

§ 1º A Central de Urgência e Emergência deve ser gerida por representantes da SES e da Secretaria Municipal de Saúde da Capital.

§ 2º A Central de Serviços Hospitalares deve ser gerida por um representante de cada região de saúde, preferencialmente, por um técnico do município sede e um representante da SES, incluindo a representação da Capital.

§ 3º A Central de Serviços Ambulatoriais Especializados deve ser gerida pelos representantes de cada região de saúde, preferencialmente, por um técnico do município sede, sendo que a região de Aracaju deve ser representada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 4º A Central de Transplante e a de Tratamento fora de Domicílio devem ser geridas por representantes da SES.

§ 5º É obrigação dos municípios alimentarem o complexo com a oferta de todos os seus serviços contratados, credenciados ou conveniados.

Seção II

Da Rede Interfederativa de Serviços

Art. 28. As ações e os serviços de saúde executados no âmbito do SUS, sejam diretamente ou mediante a participação complementar da iniciativa privada, devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, constituindo-se em uma rede interfederativa de serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As redes interfederativas de serviços regionais e estadual são formadas pelas redes especializadas de serviços de saúde de atenção básica, nelas incluídas as de saúde da família, de atenção ambulatorial especializada, de atenção psicossocial, de atenção hospitalar e de atenção às

urgências e emergências.

Art. 29. A regionalização implica na assunção conjunta, pelos dirigentes da saúde do Estado e dos Municípios, de compromissos públicos de cunho técnico, financeiro e gerencial que visem a corrigir as desigualdades territoriais, promover a equidade, a integralidade da atenção, racionalizar gastos e otimizar recursos.

Art. 30. Os consensos públicos definidos pelos dirigentes da saúde no Estado e Municípios, decorrentes da articulação interfederativa nos seus colegiados devem ser consubstanciados em contratos de ação pública, nos termos do art. 41 desta Lei, firmados entre o Estado e os Municípios, conforme definido nesta Lei, devendo esses instrumentos explicitar as responsabilidades de cada ente perante a sua população e aquela que lhe é referenciada nos acordos interfederativos consensuais e a correspondente responsabilidade pelo seu financiamento e as penalidades pelo seu descumprimento.

Seção III

Da Direção Única

Art. 31. A direção do Sistema Único de Saúde – SUS, é única em cada esfera de governo, sendo exercida no âmbito Estadual pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, e no âmbito dos municípios pela Secretaria Municipal da Saúde ou órgão equivalente.

Art. 32. A direção única pressupõe que os dirigentes da saúde em sua circunscrição geográfica devem ter a condução política do seu sistema de saúde, havendo a possibilidade, mediante pactuação, da inserção de serviços a serem prestados por outro ente federado na rede local, regional ou de referência estadual.

Parágrafo único. Quando não houver consenso entre os dirigentes da saúde municipal e estadual, o Secretário de Estado da Saúde, no seu papel de coordenador do Sistema, deve adotar as medidas que atendam o interesse público com o fim de evitar situações que prejudiquem a saúde pública, não sem antes esgotar todas as tentativas de consenso, nos termos desta Lei.

Art. 33. Quando for adotado o consórcio público para o desenvolvimento conjunto de ações e serviço de saúde deve ser preservada a direção única de cada esfera de governo, na forma do disposto no art. 31 desta Lei cabendo aos entes consorciados remanejar entre si parcelas dos recursos dos seus respectivos fundos de saúde em contratos de rateio.

Seção IV

Do Colegiado Interfederativo Estadual

Art. 34. O Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE, deve contar com um Colegiado Interfederativo composto pelo Secretário de Estado da Saúde e pelos Secretários Municipais da Saúde o qual se reunirá periodicamente para discutir e definir, de forma consensual, a gestão do sistema de saúde no Estado, sua rede regionalizada e hierarquizada, seu financiamento e demais aspectos organizativos, técnicos e operativos.

§ 1º O colegiado deve ficar vinculado a SES para efeito de apoio administrativo, sendo de sua competência decidir as suas normas internas de funcionamento.

§ 2º As normas internas de funcionamento do Colegiado Interfederativo Estadual devem ser estabelecidas através de regimento interno a ser proposto pela SES e aprovado pelo colegiado.

§ 3º A representação dos Secretários Municipais de Saúde deve ser feita por indicação do COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais da Saúde do Estado de Sergipe, filiado ao CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, devendo ter assento obrigatório no Colegiado o Secretário de Estado da Saúde.

§ 4º O COSEMS-SE é reconhecido no Estado como entidade de representação institucional dos Secretários Municipais de Saúde no Estado no colegiado interfederativo e outros fóruns da saúde.

§ 5º As decisões do Colegiado Interfederativo consubstanciadas em Deliberação devem ser publicadas na imprensa oficial e encaminhadas, no prazo máximo de 30 dias, para os conselhos de saúde respectivos, para ciência.

§ 6º O Secretário de Estado da Saúde integra o Colegiado Interfederativo na qualidade de membro nato e o preside, sendo substituído, nas ausências e impedimentos, pelo presidente do COSEMS/SE.

§ 7º As disciplinas contidas nos consensos sobre a organização e funcionamento do SUS no Estado, seus aspectos financeiros, devem ser objeto de contrato de ação pública com o fim de definir as responsabilidades de cada ente federativo nessa articulação e o financiamento de suas ações e serviços e as penalidades pelo seu descumprimento, conforme disposto nesta Lei.

Art. 35. Podem ser criadas Câmaras Técnicas Temáticas, mediante ato próprio do presidente do Colegiado Interfederativo Estadual, para discutir os assuntos pertinentes a cada área de atuação do Sistema Estadual de Saúde.

Art. 36. Compete ao Colegiado Interfederativos Estadual, em especial:

I – regulamentar os aspectos operacionais de municipalização e descentralização do SUS/SE;

II – definir:

a) critérios e parâmetros para elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individuais e Coletivos.

b) os critérios de regulação de acesso a ações e serviços de saúde a serem utilizados no Estado de Sergipe;

III – aprovar:

a) a alocação de recursos de acordo com os consensos interfederativos;

b) a incorporação de novas portas de entrada para acesso ao sistema de saúde;

c) o Plano Diretor de Regionalização – PDR proposto pela SES;

d) as regras para a operação do Complexo Regulatório do SUS;

e) a grade de referência de urgência e emergência do Estado de Sergipe.

IV – Decidir a respeito de questões encaminhadas pelos Colegiados Interfederativos Regionais.

Seção V

Dos Colegiados Interfederativos Regionais

Art. 37. Devem Ser criados colegiados interfederativos regionais para funcionarem nas sedes das regiões de saúde do Estado de Sergipe, conforme definido no Plano Diretor de Regionalização – PDR, com a atribuição de definir aspectos da integração funcional e operativa dos serviços na região, observadas as decisões do Colegiado Interfederativo Estadual.

Art. 38. Cada colegiado regional deve ser composto 01 (um) representante da Secretaria de Estado da Saúde, indicado pelo Secretário de Estado da Saúde e 01 (um) representante de cada município integrante da respectiva região.

Parágrafo único. As decisões dos colegiados interfederativos regionais devem ser tomadas por consenso.

Art. 39. As normas internas de funcionamento dos Colegiados Interfederativos Regionais devem ser estabelecidas através de regimento interno a ser proposto pela Secretaria de Estado da Saúde e aprovado pelo Colegiado Interfederativo Estadual.

Art. 40. Compete aos colegiados interfederativos regionais:

I – pactuar a indicação dos regulares regionais;

II - discutir as necessidades de oferta da região;

III - propor ao Colegiado Interfederativo Estadual as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia de acesso aos usuários da região;

IV - resolver as questões de descumprimento nas pactuações regionais para garantia de acesso;

V - decidir outras questões por delegação do Colegiado Interfederativo Estadual.

Seção VI

Dos Contratos de Ação Pública da Saúde

Art. 41. As ações e os serviços integrados em rede que importem em interdependência dos entes federativos no seu financiamento, conforme definidos nos consensos, devem ser objeto de contrato de ação pública a ser firmados entre os entes envolvidos nessa ação, sendo o Secretário de Estado da Saúde competente para firmá-lo na condição de dirigente único do SUS/SE e gestor do Fundo de Saúde.

Parágrafo único. Os contratos que organizam a ação pública da saúde firmados entre os entes federados em consequência das definições consensuais do colegiado interfederativo por não terem caráter de troca econômica, nem de competição, nem de contraprestação de serviços, uma vez que objetivam organizar as redes interfederativas de serviços e definir a alocação de recursos, conforme repasses federais e estaduais, a fim de articular o Sistema Estadual de Saúde, não são passíveis de

licitação não submetendo-se, assim, as regras e legislação pertinentes.

Art. 42. Os contratos de ação pública devem definir as atribuições, responsabilidades, direitos e deveres, financiamento, penalidades, metas públicas, controle e avaliação dos resultados dos entes federativos na saúde.

Art. 43. São cláusulas obrigatórias no contrato de ação pública:

I – identificação das necessidades locais e regionais;

II – oferta de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde no território regional;

III – compromissos gerais da regionalização, os quais deverão ser estabelecidos de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade dos serviços de cada um;

IV – responsabilidade financeira de todos os entes federados;

V – metas pactuadas a serem alcançadas;

VI – responsabilidade pela execução dos serviços;

VII – penalidades pelo descumprimento do contrato.

Art. 44. São penalidades pelo descumprimento ou cumprimento parcial das metas e responsabilidades previstas no contrato de ação pública:

I – suspensão parcial dos recursos contratuais, pelo período correspondente ao descumprimento.

II – suspensão total dos recursos contratuais.

Parágrafo único. As penalidades previstas nos incisos I e II deste artigo são aplicadas pelo Secretário de Estado de Saúde, respeitado em qualquer caso, a ampla defesa e o contraditório.

Art. 45. As normas de elaboração e fluxos do contrato de ação pública devem ser definidos por portaria do Secretário de Estado da Saúde.

Subseção Única

Do Acompanhamento do Contrato de Ação Pública

Art. 46. A Secretaria de Estado de Saúde – SES, deve conta com um setor responsável pela gestão dos contratos de ação pública com as seguintes atribuições:

I – acompanhar e avaliar a execução do contrato de ação pública;

II – monitorar o cumprimento das metas estabelecidas;

III – avaliar os indicadores de saúde e de produção obtidos através da execução do contrato de ação pública;

IV – notificar o respectivo ente federado a regularizar a execução das metas não cumpridas no prazo

estabelecido no contrato;

V – solicitar ao Secretário de Estado da Saúde a realização de auditoria nos casos em que houver indícios de irregularidades na execução do instrumento;

VI - solicitar ao Secretário de Estado da Saúde a abertura de sindicância administrativa a fim de apurar possíveis irregularidades/ilegalidades na execução do contrato de ação pública, desde que devidamente justificado;

VII – propor ao Secretário de Estado da Saúde, após a conclusão do procedimento administrativo, garantida a ampla defesa, a aplicação das penalidades previstas no art. 44 desta Lei.

CAPÍTULO V

DAS MEDIDAS ESPECIAIS

Seção I

Da Assistência Farmacêutica

Art. 47. O Estado deve assegurar o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica como parte integrante da assistência terapêutica, conforme padrão e parâmetros de custos definidos pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, obedecendo critérios para estabelecimento de prioridade, alocação de recursos e orientação programática na definição do padrão de integralidade do Estado.

§ 1º incumbe ao órgão estadual de direção do SUS, no Estado, decidir, em seu âmbito, quanto à padronização dos medicamentos e fixação de protocolos clínicos.

§ 2º A padronização de que trata o § 1º deste artigo deve ser atualizado periodicamente e colocada à disposição de qualquer interessado.

Art. 48. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe:

I – estar o paciente em tratamento nos serviços de saúde do SUS estadual ou municipal;

II – prescrição, conforme protocolos clínicos aprovados pela direção do SUS e Relação Estadual de Medicamentos;

III – consumo de fármacos nas doses estritamente prescritas.

Art. 49. O profissional de saúde em atividade nas unidades estadual ou municipal deve:

I – observar o protocolo clínico aprovado pela direção estadual do SUS;

II – prestar ao paciente às informações quantos às propriedades, efeitos e riscos dos fármacos;

III – receitar medicamento integrante da Relação Estadual de Medicamentos, que seja necessário, comprovadamente eficaz e seguro e adequado para proporcionar o máximo benefício com o mínimo de risco de efeitos colaterais e reações adversas.

Art. 50. A Relação Estadual de Medicamentos somente poder conter produtos com registro na

ANVISA, e deve guardar consonância com a Relação Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde, no tocante aos grupos farmacológicos.

Art. 51. O Estado deve fornecer o medicamento que, cumulativamente:

I – tenha sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

II – se destine à paciente em tratamento nas redes regionalizadas e hierarquizadas do SUS, do Estado ou dos Municípios;

III – esteja sob seu encargo, conforme definição de responsabilidades contidas na Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individuais e Coletivos e outros documentos de pactuação do SUS;

IV – conste da Relação Estadual de Medicamentos.

Parágrafo único. Sem prejuízo dos demais requisitos indicados neste artigo, a entrega de medicamentos de uso contínuo pressupõe a inscrição do paciente em serviços ou programas específicos do SUS.

Art. 52. O profissional de saúde, no exercício de suas funções no SUS, sempre que prescrever medicamento que não conste na Relação Estadual de Medicamentos e não possa ser substituído por um outro medicamento de efeito similar, deve motivar o pedido, por escrito, com justificativa que indique que o procedimento é estritamente necessário à recuperação do paciente, junto ao ente federado responsável pela sua dispensação.

Parágrafo único. O procedimento administrativo para análise destes pedidos deve ser regulamentado por ato do Secretário de Estado da Saúde.

Art. 53. Fica instituído, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SES, com a denominação de Câmara Técnica de Medicamentos e Correlatos, grupo de trabalho com as seguintes atribuições:

I – analisar, com a periodicidade necessária, nunca inferior a um ano, as inovações tecnológicas, os novos registros na ANVISA e a eficácia de medicamento em relação a outros mecanismos mais econômicos;

II – propor ao Secretário de Estado da Saúde protocolo clínico e padronização de medicamentos e os correspondentes padrões de qualidade e parâmetros de custos.

Parágrafo único. Deve ser observado, sempre, o critério epidemiológico para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática na aquisição e fornecimento de medicamentos.

Art. 54. A Câmara Técnica de Medicamentos deve ser composta por servidores públicos, efetivos ou comissionados, designados através de ato do Secretário de Estado da Saúde.

§ 1º Os membros dessa câmara técnica fazem jus a remuneração pela participação nos procedimentos administrativos analisados, conforme legislação vigente.

§ 2º Ato do Secretário de Estado da Saúde regulamentará o funcionamento dessa câmara técnica.

Seção II

Do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Art. 55. Compete ao SUS Municipal e Estadual o atendimento pré-hospitalar o qual deve vincular-se a uma central de regulação pré-hospitalar de urgências devendo ser dotada de todos os recursos materiais e humanos necessários, conforme decisão consensual no Colegiado Interfederativo Estadual.

Parágrafo único. A região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela, após a respectiva pactuação.

Art. 56. O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve estar integrada a uma central de urgência e emergência, conforme critérios de hierarquização e regionalização, formalmente pactuados entre os respectivos entes federados.

Parágrafo único. O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é composto por um sistema de comunicação e software para gerenciamento, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população a ser assistida, bases descentralizadas de suportes básico e avançado de vida.

Art. 57. Todos os pedidos de socorro médico atendidos por outras centrais, como polícia militar, do corpo de bombeiros e quaisquer outras existentes, devem ser retransmitidos a uma central de regulação pré-hospitalar de urgências, por intermédio do sistema de comunicação, para a competente regulação.

Art. 58. Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências pré-hospitalares.

Art. 59. O Governador do Estado, através de decreto, deve regulamentar o funcionamento do serviço de atendimento móvel de urgência.

Art. 60. Os serviços de atendimento móveis privados devem possuir, obrigatoriamente, centrais de regulação médica e demais itens exigidos para os serviços públicos similares.

Art. 61. As centrais reguladoras privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente.

Art. 62. Os Corpos de Bombeiros Militares, incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares, as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública devem seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme os termos desta Lei e demais normas pertinentes.

Seção III

Da Saúde Mental

Art. 63. A Secretaria de Estado da Saúde – SES, deve coordenar a execução, a nível estadual, das iniciativas no campo da saúde mental visando a prevenção e tratamento dos transtornos mentais.

Art. 64. O Secretário de Estado da Saúde, mediante portaria, deve regulamentar a Política Estadual de Saúde Mental.

CAPÍTULO VI

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 65. A política de recursos humanos na área da saúde deve ser formalizada e executada no sentido de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação e especialização, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

§ 1º Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do SUS, devem ser exercidos em regime de tempo integral e farão jus a uma Gratificação por Serviços Técnicos Especializados de Gestão, Peritagem e Auditoria, em percentual a ser definido pelo Poder Executivo, considerando, para tanto, a remuneração percebida pelo servidor.

§ 2º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos podem exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do SUS.

§ 3º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento, salvo, no caso destes, se trabalharem em regime de plantão e houver compatibilidade de horários.

Art. 66. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 67. Legislação específica deve definir a estruturação dos recursos humanos para a área ocupacional da saúde.

CAPÍTULO VII

DO PLANEJAMENTO

Art. 68. O processo do planejamento no SUS, em cada esfera de governo, deve observar o seguinte:

I – implementação simultânea dos princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade, voltadas para a oferta das ações e serviços de saúde, com base nas necessidades e direitos da população;

II – observância das responsabilidades do gestor de saúde em relação à população própria e a referenciada, conforme consensos interfederativos que disciplinem as obrigações de cada um;

III – elaboração da programação de todas as ações e serviços de saúde de cada ente federado de acordo com as necessidades de saúde da população.

Art. 69. O planejamento municipal em saúde deve levar em consideração os indicadores de saúde e

de produção, a fim de subsidiar a proposição das metas a serem pactuadas no respectivo contrato de ação pública a ser firmado.

Art. 70. O planejamento e orçamento exigem a articulação interfederativa no colegiado interfederativo para discutir a política de saúde e seu financiamento em datas compatíveis com a discussão do Plano Plurianual do Estado.

CAPÍTULO VIII

DO FINANCIAMENTO

Art. 71. O SUS no Estado deve ser financiado com recursos dos orçamentos fiscal do Estado e dos Municípios, observado o disposto na Constituição Federal quanto aos percentuais de recursos vinculados à saúde, além dos recursos das transferências obrigatórias da União para o Estado e os Municípios.

Art. 72. Todos os recursos da saúde devem ser depositados nos fundos de saúde do Estado e dos Municípios e movimentados sob a responsabilidade dos Secretários da Saúde.

Art. 73. Respeitada a legislação federal complementar referente à transferência de recursos, na forma do disposto na Emenda Constitucional nº 29/00, o Estado deve adotar os seguintes critérios para as transferências de recursos:

I – as metas pactuadas no contrato de ação públicas;

II – adesão aos programas prioritários elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde;

III – critério populacional;

IV – mediante a pactuação de metas de serviços a serem executadas para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, cura e reabilitação.

§ 1º Os critérios para os repasses de recursos previstos nos incisos II, III e IV do “caput” deste artigo devem ser estabelecidos mediante decreto.

§ 2º No caso suspensão dos repasses, cabe ao Estado aplicar os recursos diretamente no Município.

Art. 74. Os recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde devem ser transferidos diretamente para os Fundos Municipais de Saúde, de acordo com o cronograma previsto no contrato de ação pública.

Art. 75. Fica instituído o Índice de Defesa da Vida como incentivo a ser concedido aos municípios que atingirem as metas de qualidade estabelecidas no contrato de ação pública.

§ 1º O Índice de Defesa da Vida tem por finalidade apurar a qualidade das ações e serviços de saúde prestados pelos municípios aos seus usuários.

§ 2º Na apuração do Índice de Defesa da Vida devem ser atribuídos pontos de acordo com os critérios de avaliação de qualidade.

§ 3º A pontuação obtida pelo município deve indicar o valor percentual financeiro correspondente

ao Índice de Defesa da Vida a ser repassado anualmente.

§ 4º O Governador do Estado, através de decreto, deve regulamentar os critérios de avaliação e os valores do Índice de Defesa da Vida, que devem ser revistos anualmente.

Art. 76. A Secretaria de Estado da Saúde - SES, com base no contrato de ação pública e de outros demonstrativos ou documentos que, a seu critério, vier a solicitar, deve acompanhar a respectiva aplicação e a devida adequação, dos recursos financeiros transferidos na forma desta Lei e o cumprimento das metas pactuadas, que deverão ser refletidas nos correspondentes Planos de Saúde.

Art. 77. Os gastos realizados com usuários do sistema de saúde suplementar devem ser ressarcidos ao Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe SUS/SE, conforme disposto na legislação específica.

CAPÍTULO IX

DOS FUNDOS DE SAÚDE

Art. 78. Todos os recursos financeiros destinados à saúde, sejam eles de qualquer natureza, devem ser depositados no fundo de saúde e discriminados como despesa de custeio e de investimentos das secretarias de saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta, indireta e fundacional, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados à saúde.

Art. 79. Os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde – FES, para os Fundos Municipais de Saúde devem ser movimentados, na esfera do Governo Municipal, sob a fiscalização do respectivo Conselho Municipal de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelo Órgão de Controle Interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas do Estado.

Art. 80. Lei específica deve regulamentar o Fundo Estadual de Saúde - FES.

CAPÍTULO X

DO PLANO DE SAÚDE

Art. 81. Os Planos de Saúde, elaborados pela direção do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo, mediante critérios demográficos, sociais, epidemiológicos e de organização dos serviços, devem seguir as diretrizes gerais do Plano Estadual de Saúde, contemplando, obrigatoriamente, as metas pactuadas no consenso interfederativo com financiamento previsto na respectiva proposta orçamentária, devendo observar o disposto nos Planos Plurianuais.

§ 1º Os Planos de Saúde devem ser elaborados, pelos municípios, após consenso no colegiado interfederativo.

§ 2º Os Planos de Saúde e sua proposta orçamentária devem ser apresentados aos Conselhos de Saúde para apreciação e aprovação e incluídos na proposta da Lei Orçamentária, anualmente, em consonância com o pactuado no contrato de ação pública.

§ 3º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações e serviços que não estejam pactuados nos contratos de ação pública e previstas no plano de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública e de mobilizações e para intensificar ações de saúde pública nas áreas de promoção, prevenção e proteção e reabilitação da saúde.

§ 4º Os Planos de Saúde devem ser plurianuais e executados de acordo com programação anual e metas pactuadas no contrato de ação pública, com explicitação das metas anuais a serem alcançadas, da forma da regionalização das ações e serviços de saúde e dos recursos financeiros, devendo observar na sua elaboração, no que couberem, as regras e os prazos previstos para a confecção das propostas do Plano Plurianual.

§ 5º As modificações e os aditamentos aos Planos de Saúde podem ocorrer a qualquer tempo, desde que sejam compatíveis com as leis orçamentárias e com as metas pactuadas no contrato de ação pública, e sejam aprovados pelos Conselhos de Saúde e publicados na imprensa oficial no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da sua aprovação.

§ 6º Os Secretários de Saúde podem, ad referendum do Conselho de Saúde, aditar os Planos de Saúde, de forma justificada, devendo, no prazo máximo de trinta dias, apresentar ao Conselho o aditamento.

Art. 82. Os Planos de Saúde devem prever a consecução das metas pactuadas no contrato de ação pública, que serão anualmente revistas, ouvido o colegiado interfederativo, conforme disposto no art. 36, inciso III, alínea “a” desta Lei.

CAPÍTULO XI

DO RELATÓRIO DE GESTÃO

Art. 83. O relatório de gestão é o instrumento de controle e avaliação que permite verificar, anualmente, a execução das metas pactuadas no contrato de ação pública e do plano de saúde pelos entes federados em todos os seus aspectos, inclusive o financeiro e deverá conter, dentre outros elementos, obrigatoriamente:

I - a demonstração do cumprimento do plano de saúde e das metas pactuadas no contrato de ação pública;

II - os segmentos da população atendidos em cumprimento dos princípios da igualdade e da universalidade;

III - o demonstrativo da realização das ações e serviços ofertados à população própria e referenciada de acordo com as responsabilidades e metas pactuadas no contrato de ação pública;

IV - os indicadores de qualidade dos serviços e os resultados alcançados, de acordo com o previsto no Plano de Saúde e nas metas pactuadas no contrato de ação pública;

V - comprovação da aplicação dos percentuais vinculados à saúde;

VI - os balanços financeiros, orçamentários, patrimoniais e demonstrativos de variações patrimoniais do fundo de saúde da esfera de governo correspondente, elaborados na forma da legislação específica.

Art. 84. O relatório de gestão, juntamente com o contrato de ação pública, deve ser utilizado como instrumento de controle e avaliação das execuções de ações e serviços pelos entes federados.

Art. 85. O relatório de gestão deve ser elaborado pela direção do Sistema Único de Saúde - SUS em

cada esfera de governo, até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária, observadas as diretrizes e padrão pactuados entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde e nos contratos de ação pública, respeitada a autonomia dos entes federados e encaminhado ao conselho de saúde correspondente.

§ 1º Até o dia 31 de agosto de cada ano deve ser apresentado ao conselho de saúde relatório parcial referente à execução do Plano de Saúde no primeiro semestre do ano.

§ 2º O Conselho de Saúde deve emitir, em 30 (trinta) dias do recebimento do relatório de gestão, parecer sobre o seu conteúdo, o qual deve ser publicado na imprensa oficial, no prazo máximo de 15 (quinze) dias e encaminhados às Casas Legislativas e ao Tribunal de Contas respectivo, juntamente com a prestação de contas anual dos entes federativos.

CAPÍTULO XII

DO SISTEMA ESTADUAL DE AUDITORIA

Art. 86. Sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo, o Estado deve organizar, sob coordenação da Secretaria de Estado da Saúde - SES, o Sistema Estadual de Auditoria do SUS.

Art. 87. O Sistema Estadual de Auditoria compreende o conjunto de órgãos que exercem o controle interno das ações e serviços de saúde, nos seguintes termos:

I – o controle dos serviços com a finalidade de verificar o cumprimento das metas estabelecidas e da aplicação dos recursos em relação ao definido nos contratos e consensos interfederativos;

II – a avaliação dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de qualidade definidos em instrumentos da gestão;

III – a auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial;

IV – avaliação dos resultados qualitativos dos serviços de saúde.

§ 1º Sem embargos das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo devem ser consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

§ 2º As funções de auditor devem ser executadas por servidores públicos de nível superior, da área de saúde, com formação específica na área, que estejam no exercício do cargo na SES, designados pelo Governador do Estado, através de ato próprio, e formarão uma equipe multidisciplinar.

§ 3º Ao Auditor incumbe:

I - realizar, de acordo com as normas e roteiros específicos, as auditorias programadas e especiais;

II - analisar os relatórios gerenciais do SIH e SIA/SUS, sob a orientação dos canais competentes;

III - participar de treinamentos e reciclagens promovidos pelos núcleos federais de auditoria;

IV - manter a coordenação a que esteja vinculado, informada sobre o andamento dos processos de auditoria sob sua responsabilidade;

V - sugerir e fundamentar imposição de penalidade à pessoa física ou jurídica contratada, conveniada ou credenciada, de acordo com os termos do ajuste firmado com o SUS;

VI - preencher com clareza e fidelidade, os roteiros de auditoria, bem como os demais documentos próprios de seu trabalho;

VII - manter uma postura autônoma e discreta junto aos gestores e prestadores de serviços à saúde;

VIII - realizar auditoria nas unidades de saúde próprias e de terceiros ou junto às pessoas físicas vinculadas ao SUS.

Art. 88. A Secretaria de Estado da Saúde – SES, deve prestar todo apoio necessário aos Municípios para que os mesmos constituam, em nível municipal, o seu sistema de auditoria.

Art. 89. A comprovação da aplicação dos recursos que forem transferidos aos Municípios deve ser feita de acordo com o estabelecido em portaria pelo Secretário de Estado da Saúde e pelo previsto nos contratos de ação pública, na forma do disposto nesta Lei.

Art. 90. Os órgãos que integrarem o Sistema Estadual de Auditoria devem executar atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos que mantenham contrato ou convênio com a Secretaria de Estado da Saúde - SES.

Parágrafo único. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigadas a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no Sistema Estadual de Auditoria/SE toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 91. É vedado ao ocupante da função de auditor, bem como ao servidor designado para o exercício das funções previstas nesta Lei:

I - manter vínculo empregatício com entidade contratada ou conveniada com o Sistema Único de Saúde - SUS;

II - auditar prestador privado, conveniado ou contratado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, onde presta serviço como autônomo;

III - ser proprietário, dirigente, acionista, sócio ou administrador de entidades privada ou conveniada ou contratada pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 92. As normas complementares ao Sistema Estadual de Auditoria devem ser expedidas pelo Governador do Estado.

TÍTULO IV

DA INICIATIVA PRIVADA

CAPÍTULO I

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Art. 93. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria de pessoas físicas e jurídicas de direito privado, legalmente habilitadas, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 94. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 95. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, devem ser observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para a sua instalação, organização e funcionamento quanto aos seguintes aspectos:

I - vigilância sanitária e ambiental;

II - planejamento sanitário local, regional e estadual, conforme disposto pelo Secretário de Estado da Saúde.

Art. 96. Os serviços de saúde privados devem:

I - manter Comissão:

a) de ética em saúde;

b) de infecção hospitalar e ambulatorial;

c) de verificação de óbito;

d) interna de prevenção de acidente ou comissão de saúde e trabalho;

e) de morbi-mortalidade por faixa etária, estrato social e condições de vida.

II – manter serviços de ouvidoria;

III - notificar:

a) a morte encefálica à Central de Notificação, Transplante e Captação de Órgãos de seu Estado;

b) os agravos à saúde, considerados de notificação compulsória;

c) os riscos à saúde suscetíveis à proteção identificados na comunidade e meio ambiente abrangidos.

Art. 97. O disposto no art. 97 desta Lei aplica-se aos serviços públicos de saúde.

Art. 98. As entidades privadas que descumprirem o disposto no art. 97 desta Lei sujeitam-se à cassação de seu alvará sanitário e a declaração de inidoneidade para contratar com o Poder Público durante 2 (dois) anos, conforme disposto em portaria do Secretário de Estado da Saúde, ressalvada

em todas as situações o direito de ampla defesa do infrator.

Art. 99. Compete à Secretaria de Estado da Saúde - SES administrar a lista única de transplante, devendo, observada a legislação federal, dispor sobre seus regramentos.

CAPÍTULO II

DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR DO SETOR PRIVADO NO SUS

Art. 100. As instituições privadas podem participar de forma complementar do Sistema Estadual de Saúde, segundo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Art. 101. A participação complementar do setor privado no SUS somente pode ocorrer quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área.

Art. 102. As entidades privadas devem firmar os respectivos instrumentos de acordo com as regras do direito público, mediante licitação, credenciamento e demais formas de contratação previstas na legislação em vigor.

Art. 103. A Secretaria de Estado da Saúde – SES pode optar por firmar contrato de gestão com entidades privadas devendo o contrato estabelecer cláusulas e condições para a prestação de serviços, a sua gestão, metas quantitativas e qualitativas, avaliação e controle da qualidade e custos, podendo o valor do contrato ser global, ou seja, integrar valores de procedimentos sanitários e valores por metas e resultados.

Art. 104. As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos que atenderem os requisitos fixados pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, têm preferência em relação às entidades lucrativas para os mesmos serviços, a mesma qualidade e localização, quando esta última for relevante para a população usuária.

Art. 105. Por não terem intuito de lucro e atuarem em favor do interesse público, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos devem ser consideradas parceiras do Poder Público, desde que atendam os requisitos definidos por portaria expedida pelo Secretário de Estado da Saúde, podendo firmar com o Poder Público, através da Secretaria de Estado da Saúde SES, instrumento jurídico próprio, podendo, de acordo com regras previamente fixadas em portaria, prever repasse de recursos vinculados a metas de desempenho, resultados e qualidade dos serviços prestados combinados com produtividade.

Parágrafo único. As entidades que firmarem termo de parceria ou convênio de cooperação devem manter em suas estruturas comissão permanente de acompanhamento com a participação de membros da secretaria da saúde e conselho gestor em relação aos serviços objeto do convênio ou termo de parceria.

Art. 106. A Secretaria de Estado da Saúde – SES pode terceirizar a prestação de serviços de realização de procedimentos eletivos a pessoas jurídicas, desde que não constituam o serviço principal ofertado pela unidade, atuando como atividade complementar.

TÍTULO IV

DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CAPÍTULO I

DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Art. 107. Pela interdependência do seu conteúdo e do desenvolvimento de suas ações, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica são consideradas, conceitualmente, como integrantes da Vigilância em Saúde, implicando compromisso solidário do Poder Público e da sociedade na promoção e proteção e defesa da qualidade de vida.

§ 1º Operativamente, a atuação da vigilância sanitária deve requerer fundamentação epidemiológica eficiente voltada para a detecção e proteção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva.

§ 2º Em face do disposto neste artigo, todos os serviços do SUS participam da Vigilância Sanitária, mediante colaboração nas ações de saúde coletiva, e comunicação aos órgãos competentes, de fatos ou situações que possam exigir medidas corretivas.

Seção Única

Dos Condicionantes de Direitos

Art. 108. Uma vez esgotada a eficácia das ações orientadoras, preventivas e persuasivas, o exercício do poder de polícia administrativa deve se efetivar, no campo da vigilância sanitária, sob o enfoque do poder de autoridade derivado de lei.

Art. 109. A Administração Pública Estadual e Municipal, responsável pela função da vigilância sanitária, pode impor condicionantes administrativos ao exercício de direitos individuais e coletivos, sob as modalidades de limites., encargos e sujeições.

§ 1º Os condicionamentos administrativos, sob as modalidades de limites, encargos e sujeições, derivam diretamente da lei ou são impostos pela Administração, com base em lei autorizativa.

§ 2º Na realização da atividade administrativa ordenadora, o órgão componente do SUS no Estado deve observar o seguinte:

- a) Não se deve adotar medidas obrigatórias que envolvam ou impliquem risco à vida;
- b) Os condicionantes administrativos, sob as modalidades de limites, encargos e sujeições, devem ser proporcionais aos fins que em cada situação se busquem;
- c) Deve ser dada preferência, sempre, à colaboração voluntária do cidadão e da comunidade com as autoridades sanitárias.

CAPÍTULO II

DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Art. 110. A vigilância epidemiológica compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e

condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Art. 111. A Política Estadual de Vigilância Epidemiológica definida pela Secretaria de Estado de Saúde - SES, em consonância com a política nacional, e executada de forma descentralizada pelo Estado e Municípios, compreendem todas as atividades definidas pela SES, mediante decreto governamental.

CAPÍTULO III

DA VIGILÂNCIA NUTRICIONAL

Art. 112. A vigilância nutricional e orientação alimentar compreende um conjunto de ações e serviços capazes de prevenir, detectar, diagnosticar e avaliar o risco de desnutrição infantil e da gestante, bem como de recuperação da saúde das pessoas desnutridas, conforme disposto pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, mediante portaria expedida pelo gestor responsável.

Art. 113. Os órgãos e entidades que compõem o Sistema Único de Saúde - SUS no Estado devem atuar no sentido de atender aos desnutridos e às gestantes em risco nutricional, na forma do disposto em decreto.

CAPÍTULO IV

DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Art. 114. A Vigilância em Saúde Ambiental compreende o conjunto de ações visando o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial.

Art. 115. Decreto do Governado do Estado deve definir as competências e área de atuação da vigilância ambiental no Estado de Sergipe.

CAPÍTULO V

DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Art. 116. A vigilância em saúde do trabalhador, de atuação interligada com a vigilância epidemiológica e sanitária, pressupõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas setorialmente, cuja especificidade é a relação de saúde com o ambiente, com os processos de trabalho, e a assistência visando à melhoria das condições de vida e saúde do trabalhador.

Art. 117. Todos os trabalhadores, independentemente de seu ambiente de trabalho, urbano ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, são sujeitos à vigilância em saúde do trabalhador.

Art. 118. A vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação devem articular-se com as universidades, centros de pesquisa e órgãos e entidades de meio ambiente, visando uma atuação uniforme e integral.

TÍTULO VI

DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS

E DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CAPÍTULO I

DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Art. 119. A Conferência Estadual de Saúde, que deve contar com a representação de vários grupos sociais interessados nas questões de saúde, deve promover a avaliação e a discussão da realidade sanitária e proporá as diretrizes para a política de saúde no Estado.

Parágrafo único. A representação dos usuários na Conferência Estadual da Saúde deve ser paritária em relação ao conjunto dos representantes do Governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.

Art. 120. A Conferência Estadual da Saúde deve reunir-se, ordinariamente, no mínimo a cada 4 (quatro) anos, sempre em ano anterior à elaboração do Plano Plurianual do Estado – PPA, convocada pelo Secretário de Estado da Saúde e extraordinariamente, quando convocada pelo Governador do Estado ou pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 121. A convocação ordinária deve ser feita com antecedência mínima de 06 (seis) meses e, a extraordinária, pelo menos com 3 (três) meses de antecedência.

Art. 122. A Conferência Estadual da Saúde deve ser presidida pelo Secretário de Estado da Saúde e ter o apoio técnico do Conselho Estadual da Saúde, que deve regulamentar a mesma Conferência.

CAPÍTULO II

DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Art. 123. Os Conselhos de Saúde devem ser organizados em conformidade com as leis específicas de cada esfera de governo, e reunir-se ao menos uma vez a cada mês, cabendo às Secretarias da Saúde ou aos órgãos equivalentes proverem as condições necessárias ao seu funcionamento.

§ 1º As deliberações do Conselho de Saúde, devidamente aprovadas nos termos previstos no regimento interno ou norma equivalente, devem ser homologadas pelo dirigente da saúde de cada esfera do poder, no prazo de até trinta dias do seu encaminhamento, sob pena de sua homologação tácita, seguida sua publicidade pela imprensa oficial ou site institucional ou afixação em local público.

§ 2º Em caso de discordância por parte do dirigente da saúde, devidamente justificada, pode a deliberação ser devolvida no prazo de até 30 (trinta) dias ao conselho respectivo, o qual pode manter ou reformar a deliberação, hipóteses em que deve ser homologada e publicada na imprensa oficial ou em veículo de ampla circulação.

Art. 124. Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de

representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.

Art. 125. É vedada a recondução de membro do conselho por mais de dois mandatos.

CAPÍTULO III

DA OUVIDORIA

Art. 126. Fica instituída a Ouvidoria Estadual do SUS, instrumento de controle social, constituindo-se como um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS, recebendo solicitações, reclamações, denúncias e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes.

Parágrafo único. O Ouvidor Geral é designado pelo Secretário de Estado da Saúde, devendo a escolha recair sobre pessoas de ilibada conduta social e moral.

Art. 127. A estrutura da Ouvidoria Estadual do SUS deve ser regulamentada através de Decreto.

Art. 128. As Secretarias Municipais de Saúde, com a cooperação técnica da Secretaria de Estado da Saúde - SES, devem criar suas ouvidorias municipais de saúde com funções análogas à estadual, respeitadas suas competências.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 129. As autoridades administrativas devem ter acesso a todos os documentos necessários ao cumprimento de suas atividades, respondendo administrativa, civil e criminalmente pela utilização indevida das informações, inclusive as de caráter sigiloso, ressalvadas as hipóteses de sigilo legal, devendo os servidores federais, estaduais, distritais e municipais, investidos formalmente nas funções próprias de controle interno do Sistema Único de Saúde - SUS, manter permanente articulação entre si, para o cumprimento desta Lei.

Art. 130. É vedada a descontinuidade de serviço de saúde em final de mandato dos chefes do Poder Executivo, exceto nos casos em que houver justificativa técnica e epidemiológica, comprovadas.

Art. 131. Devem ser criadas comissões intersetoriais formadas por técnicos especializados na área de saúde, ficando à disposição do Ministério Público e do Poder Judiciário, a fim de subsidiá-los técnica e cientificamente nas decisões a serem tomadas em relação a assuntos pertinentes à saúde, no Estado.

Parágrafo único. A criação destas comissões deve ser feita por portaria do Secretário de Estado da Saúde.

Art. 132. Na ausência do consenso mencionado no art. 34 desta Lei, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta mesma Lei, com o fim de garantir a continuidade da prestação de serviços e das transferências de recursos obrigatórias do Estado para os Municípios, podem ser firmados contratos de ação pública, tomando-se como base para o seu objeto, as metas existentes na data de publicação desta Lei.

Art. 133. O Governador do Estado, dentro de 180 (cento e oitenta) dias, deve expedir os decretos regulamentares desta Lei.

Art. 134. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 135. Revogam-se as disposições em contrário e em especial os arts. 1º a 127, da Lei (Estadual) nº 2.391, de 05 de outubro de 1982.

Aracaju, 02 de janeiro de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

MARCELO DÉDA CHAGAS

GOVERNADOR DO ESTADO

Fonte: www.al.se.gov.br - Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe