

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde

BRASÍLIA – DF

2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS

Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde

SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS

**BRASÍLIA - DF
2007**

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – xx exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

Esplanada dos Ministérios, Ed. Anexo, Ala B, sala 453

1.º andar, sala 121, Brasília – DF

CEP: 70058-900

Tel.: (61) 3315-3897 / 3899

Fax: (61) 3226-0948

Email: drac@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/svs

Coordenação Técnica:

Paula dos Santos Graziotin

Colaboração:

Leonardo Dutra Lemos

Sergio Norio Nakamura

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas
Manual de orientações para contratação de serviços do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de
Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
xx p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN

1. Sistema Único de Saúde. 2. Manual de Serviço. I. Título. II. Série.

NLM W 84

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0314

Títulos para indexação:

Em inglês: Orientation Manual for SUS Service Contracting

Em espanhol: Manual de Orientaciones para Contratación de Servicios en el SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. REGULAÇÃO	8
3. INSTRUMENTOS DE CONTRATAÇÃO	12
3.1. Termo de Cooperação entre entes públicos	12
3.2. Convênio	12
3.3. Contrato de Gestão	13
3.4. Contrato Administrativo	14
3.5. Plano Operativo	14
4. LICITAÇÃO	16
4.1. Exceções da Lei 8.666/93	16
4.1.1. DISPENSA	16
4.1.2. INEXIGIBILIDADE	18
4.2. O Edital de Licitação	19
4.3. Entrega da Documentação	20
4.4. Tipos de Licitação	21
5. CHAMADA PÚBLICA	23
6. ENTIDADES FILANTRÓPICAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	25
6.1. Entidades Filantrópicas e sem fins lucrativos	25
6.2. Organizações Sociais	26
7. DOCUMENTAÇÃO PERTINENTE A TODO TIPO DE CONTRATAÇÃO	28
8. CONTRATAÇÃO HOSPITALAR	29
8.1. Hospitais de Pequeno Porte	29
8.2. Hospitais de Ensino	29
8.3. Hospitais Filantrópicos	30
9. FLUXOGRAMA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	31
10. CLÁUSULAS NECESSÁRIAS E REQUISITOS CONTRATUAIS	34
10.1. Cláusulas Necessárias	37
10.1.1. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES	37
10.1.2. PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE PNASS	37
10.1.3. REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA POR MEIO DE COMPLEXOS REGULADORES	38
10.1.4. HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO E GRATUIDADE DO ATENDIMENTO	39
10.1.5. APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS	39
10.1.6. GARANTIA DOS DIREITOS TRABALHISTAS	40
10.1.7. CONSELHOS DE SAÚDE	40
10.1.8. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	40
10.2 Requisitos	41
10.2.1. LEGISLAÇÃO EMANADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	41
10.2.2. TABELAS NACIONAIS DO SUS	41
10.2.3. IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATADO PELO Nº DO CNES	42
10.2.4. FISCALIZAÇÃO	42
10.2.5. ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS	42
11. LINKS ÚTEIS	43
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a compra de serviços de saúde, pelo setor público, acompanhou a grande expansão da oferta de serviços privados de assistência hospitalar ocorrida na década de 70 financiada pelo estado. A compra dos serviços se dava de forma desordenada, conforme a oferta da iniciativa privada, não sendo, portanto, consideradas as necessidades da população, como também foi desordenada a expansão dos serviços, sem planejamento e avaliação. O governo federal, por meio do INAMPS, tornou-se o maior comprador de serviços de saúde, sem a participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Na Constituição de 1988, a saúde ganhou uma seção específica na qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, instituindo, assim, o princípio da universalidade no atendimento à saúde. Para cumprir esse princípio constitucional, foi facultado aos gestores do SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais. Em seu Art. 199, parágrafo 1º, a Constituição define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Assim, foram estabelecidas as primeiras medidas de regulação e controle para a compra de serviços de saúde e evidenciando a necessidade de planejamento.

As regulamentações do Sistema, principalmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, trouxeram avanços significativos para a regulação da participação privada no SUS. Essa participação deve ocorrer somente após esgotada a capacidade de toda a rede pública de saúde, federal, estadual e municipal. No artigo 18º, inciso X, da Lei 8.080/90, está prevista a competência do Município para celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde bem como controlar e avaliar sua execução. Já o artigo 16º, inciso XV, prevê a competência da União para promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios dos serviços e ações de saúde, demandando normas de descentralização, que foram feitas através das NOB 01/93, NOB 01/96 e NOAS 01/2002 e agora pelo Pacto pela Saúde

Em 1993 o ministério da saúde publica a portaria 1.286/93 que normatiza a contratação de serviços de saúde por gestores locais do SUS e indica a necessidade de cláusulas que devam constar nos contratos e como anexo apresenta modelos. Poucos gestores implementaram a portaria, como demonstrado pelos dados do CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – que, tem um total de 92.950 estabelecimentos de

saúde, sendo que 44.194 são privados. Desses estabelecimentos privados cadastrados, 89% prestam algum serviço ao Sistema Único de Saúde. O CNES demonstra que apenas 4.866 desses estabelecimentos possuem contratos firmados com o SUS. Portanto, temos um contingente de 87,6%, sem contrato com o setor público e, os que o fizeram, na maioria das vezes, não atualizaram essas relações à luz das necessidades de oferta, ocorrendo o que poderíamos chamar de reconstrução daqueles prestadores que já vinham participando da rede complementar e cujos contratos já estavam sem validade e sendo pagos por indenização. As compras foram ainda pela oferta e não fruto de planejamento conjunto entre os três gestores com avaliação das necessidades da população e da disponibilidade dos recursos financeiros.

Em 2006, após dezesseis anos da implantação do Sistema Único de Saúde a Portaria GM nº. 399, que divulga o Pacto pela Saúde que consiste em um conjunto de normas gerais, instituído com o objetivo de superar as dificuldades que vêm se apresentando no Sistema Único de Saúde desde a sua criação Implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: *Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão*.

O **Pacto pela Vida** é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

O **Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três esferas governamentais no sentido de reforçar o SUS como política de Estado e de defender os seus princípios norteadores constantes na Constituição Federal.

O **Pacto de Gestão** estabelece as responsabilidades de cada uma das três esferas de governo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o que, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse pacto potencializa a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para Estados e Municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. O Pacto reafirma a importância do controle social com compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de

financiamento público tripartite: buscando critérios de alocação eqüitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre entes federativos, (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Suas prioridades são:

- Definir de forma clara a responsabilidade sanitária de cada esfera gestora do SUS;
- Estabelecer diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

O Pacto de Gestão estabelece o prazo de **UM ANO** para que Estados e Municípios efetuem a contratação de serviços de saúde.

A Programação Pactuada e Integrada e o desenho regionalizado da rede assistencial são os instrumentos norteadores para os gestores Estaduais e Municipais estabelecerem as necessidades de quais, em que quantidades, com qual qualidade e com quais parâmetros de qualificação, os serviços de saúde complementar serão objeto de contrato com a iniciativa privada. É necessário que os Gestores do SUS estabeleçam uma relação transparente e legal com o setor complementar visando qualificar a transferência de recursos públicos à iniciativa privada.

Os contratos de prestação de serviços devem ser entendidos como instrumentos de gestão, pois permitem a regulação e avaliação dos resultados na prestação de serviços o que pode resultar em melhoria da qualidade da assistência prestada.

2. REGULAÇÃO

Para se falar de Regulação em Saúde e de seu papel na gestão de sistemas de saúde, faz-se necessário uma breve apreciação sobre o que se entende por regulação em geral e regulação estatal no setor saúde, buscando discriminar melhor suas atividades, seus objetos, assim como as competências desta função para cada esfera de gestão, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Nesse sentido, a Regulação vem sendo estruturada, de maneira a inscrevê-la numa Política de Saúde condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde, viabilizando o acesso equânime e oportuno, com atenção integral, de qualidade, universalizado e realizador de direitos sociais.

A partir de 2002, o Ministério da Saúde começou a disseminar estes conceitos e as práticas da regulação.

Alguns consideram que a regulação estatal na saúde é apenas o ato de regulamentar e elaborar as regras. Outros, ainda, consideram tratar-se de um conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as necessidades dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002, foi editada com o objetivo de organizar a regionalização da assistência, buscando enfrentar o que foi denominado de “atomização do SUS” em sistemas municipais isolados, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização. A regionalização, como estratégia de conformar uma rede intermunicipal hierarquizada de referência especializada, fez exigências à organização dos fluxos de referência e contra-referência, assim como à implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de “regulação assistencial”, em substituição às proposições de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB 93. (BRASIL, 1993, 2001, 2002c).

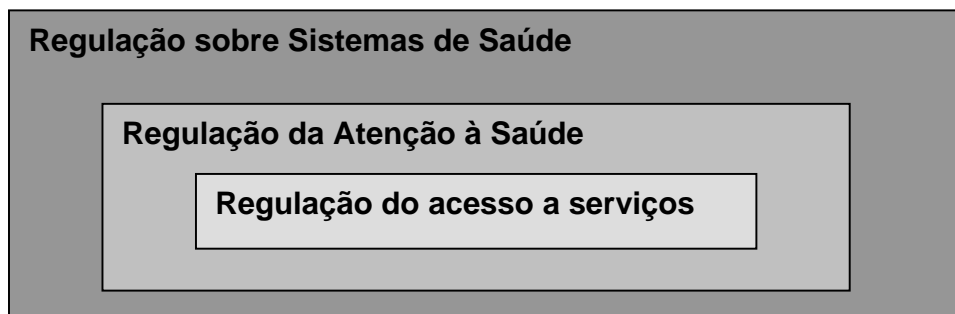
A NOAS definiu a regulação assistencial como a “*disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada*”, que “*deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários*”. (BRASIL, 2002c). Tais assertivas delimitam claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazendo, também, a noção de complexos reguladores.

A proposta de Política de Regulação apresentada pelo Ministério da Saúde parte de uma aproximação histórica aos conceitos, práticas e finalidades do “controle, avaliação, auditoria e regulação”, desde a constituição do SUS e dos significados dos termos “controle”, “avaliação”, “auditoria” e “regulação”, chegando ao conceito de regulação como ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde.

Este conceito ampliado de regulação e da análise da experiência histórica do SUS, critica a regulação existente no setor saúde no Brasil, dada sua fragmentação de ações, seu atravessamento por interesses particulares e a não preponderância da finalidade pública, isto é, por não estar pautada pelo bem comum. Em seguida, propõe a reformulação dos conceitos, discriminando e relacionando a regulação no setor saúde segundo sua ação sobre sistemas de saúde (Regulação sobre Sistemas), sobre a produção direta das ações de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial).

A regulação estatal no Setor Saúde é tomada como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde.

À gestão cabe a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio da política de Saúde e da implementação do correspondente projeto técnico-assistencial. Como forma de discriminar campos de atuação da regulação, podemos representá-la pelo esquema abaixo:



A Regulação sobre Sistemas de Saúde contém as ações da Regulação da Atenção e esta, sobre a produção direta das ações de serviços, portanto, sobre prestadores de serviços.

A regulação sobre *Sistemas* comporta ações de regulação de:

- O gestor federal sobre estados e municípios e setor privado não-vinculado ao SUS,
- O gestor estadual sobre municípios e prestadores,
- O Gestor municipal sobre prestadores,
- E a auto-regulação de cada esfera de gestão.
- Regulamentação geral
- Controle sobre Sistemas de Saúde
- Avaliação dos Sistemas de Saúde
- Regulação da Atenção à Saúde
- Auditoria
- Ouvidoria
- Controle Social
- Vigilância Sanitária
- Ações integradas com outras instâncias de Controle Público
- Regulação da Saúde Suplementar

A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados.

As ações da Regulação da *Atenção à Saúde* compreendem:

- 1- Contratação - relações pactuadas e formalizadas entre gestores e prestadores de serviços de saúde.
- 2- Regulação do Acesso à Assistência - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a necessidade dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Configuram-se em acordo com os objetivos postos e podem promover adequação da oferta à necessidade, buscar redução de custos sem prejuízo das necessidades dos usuários, privilegiar acesso a alguns serviços e dificultar a outros, segundo necessidades. Finalmente, deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, buscando adequar à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta, oportuna, ordenada, eficiente, eficaz, ou seja, humanizada.
- 3- Avaliação da Atenção à Saúde – Há que se considerar uma avaliação formativa, como potente dispositivo de aprendizagem das equipes e gestores, enquanto

instrumento indutor de mudanças de práticas. Portanto, conjunto de operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolutividade e satisfação destas.

4 -Controle Assistencial compreendendo:

- Cadastro de estabelecimentos, dos profissionais e mais recentemente, dos usuários;
- A habilitação de prestadores para prestação de determinados serviços;
- A programação orçamentária por estabelecimento;
- A autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade;
- O monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial;
- O monitoramento e revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos, apresentadas por cada prestador;
- O processamento da produção de um determinado período;
- O preparo do pagamento aos prestadores.

Ao contrário das desarticulações e da autonomia das ações de regulação existentes até então, uma Política de Regulação da Atenção à Saúde que vise ao cuidado integral deve preconizar a articulação e a integração das ações de Contratação, Controle, Regulação do Acesso e de Avaliação.

3. INSTRUMENTOS DE CONTRATAÇÃO

3.1. TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

O Termo de Cooperação entre Entes Públicos será utilizado quando, em um município houver uma unidade prestadora de serviços pertencente a outra esfera administrativa, ou seja, ele visa normatizar a pactuação entre as diferentes esferas de governo, município, estado e união, sobre o uso de uma determinada unidade prestadora de serviços sob gerência de uma esfera de governo e gestão de outra, fixando as metas desse acordo e determinado a elaboração de um plano operativo.

Será utilizado também para formalizar a relação com as Organizações Sociais, pois na área da saúde a prestação de serviços pela OS continua a ser pública e, por esse motivo, a entidade deverá seguir as regras de Direito Público. Assim, a relação será entre as esferas governamentais e não entre essas e as Organizações Sociais.

3.2. CONVÊNIO

Segundo Di Pietro (2006a), convênio pode ser definido como forma de ajuste entre Poder Público e entidades públicas ou privadas, para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração, todos os partícipes querem a mesma coisa.

Para Meirelles (2003a) é acordo onde os partícipes têm interesses comuns e coincidentes. Por essa razão, no convênio, a posição jurídica dos signatários é uma só, idêntica para todos, podendo haver apenas diversificação na cooperação de cada um, segundo suas possibilidades para a consecução do objetivo comum, desejado por todos. Assim, a realização de um convênio confere às entidades conveniadas a condição de parceira do Poder Público.

Principais diferenças entre contrato e convênio:

- a) No contrato os interesses são opostos e contraditórios, no convênio eles são recíprocos;
- b) Os entes conveniados têm objetivos institucionais comuns e, se reúnem para alcançá-los;
- c) No convênio as partes buscam um resultado comum, no contrato as vontades “são antagônicas, se compõe, mas não se adicionam”;
- d) Para a efetivação de um contrato é imprescindível o processo licitatório, já no convenio a licitação é inexigível, pois não há viabilidade de competição;

- e) No convênio há uma mútua colaboração que pode ocorrer de diversas formas: repasse de recursos na forma de incentivo, cessão de uso de equipamentos, recursos humanos, materiais e imóveis, não se menciona preço, que é uma característica dos contratos;
- f) No contrato, o valor pago a título de remuneração integra o patrimônio da entidade que o recebeu; no convenio a entidade conveniada deve utilizar o valor recebido para a execução de determinada atividade que foi ajustada. Dessa forma, o valor repassado não perde o caráter público só podendo ser utilizado para os fins explicitados no convenio, por esse motivo, a entidade conveniada fica obrigada a prestar contas sobre a utilização do recurso público aos órgãos de controle interno e externo, Di Pietro (2006b).

O convênio pode ser utilizado para regular a relação com entidades privadas sem fins lucrativos, entidades filantrópicas e, também, com entidades públicas quando houver o interesse mútuo em promover a saúde da população. Em razão do disposto no art. 199, §1¹ da Constituição Federal, entidades privadas sem fins lucrativos, entidades filantrópicas têm prioridade na participação complementar na rede pública de saúde.

O que o gestor sempre deve ter em mente é que o instrumento legal utilizado será definido **a partir do objeto do ajuste** com o setor privado e não em razão da natureza jurídica da instituição ou empresa a ser contratada

Assim, quando o objeto do ajuste for o desenvolvimento de um objetivo e/ou atividades comuns o instrumento legal a ser utilizado será o **convênio** e sempre que o objeto do ajuste for única e exclusivamente a compra de serviços o instrumento legal utilizado será o **contrato administrativo**.

3.3. CONTRATO DE GESTÃO

O Contrato de Gestão, segundo Meirelles (2003b) não é um contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios, é mais bem conceituado como um acordo de Direito Público. Sua finalidade básica é possibilitar a Administração fixar metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada ou pelo ente da administração indireta, a fim de permitir melhor controle de resultados.

¹ § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Mais utilizado como forma de ajuste entre a Administração Pública Direta e Entidades da Administração Indireta ou entidades privadas que exercem atividades paralelas às ações do Estado. O contrato de gestão é estabelecido por tempo determinado, ficando a entidade sujeita a controle de resultado para verificação do cumprimento das metas estabelecidas, Di Pietro (2006c).

O contrato de gestão também está previsto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, como instrumento para estabelecer um vínculo jurídico entre organizações sociais e a Administração Pública, quando o objetivo do contrato for a transferência da gestão de uma instituição pública para a OS.

O contrato de gestão, quando celebrado com entidades da Administração Indireta, tem por objetivo ampliar a sua autonomia; porém quando celebrado com organizações sociais, restringe-se a exigências contidas no contrato de gestão. (DI PIETRO, 2006d).

3.4. CONTRATO ADMINISTRATIVO

Contrato administrativo, segundo Helly Lopes Meirelles é o ajuste que a Administração Pública, firma com particular ou outra entidade administrativa para a consecução de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria administração.

Um contrato administrativo tem como características básicas a consensualidade, pois consubstancia a vontade entre as partes; a formalidade, pois deve ser realizado por escrito; onerosidade, pois é remunerado na forma convencionada entre as partes; comutatividade, pois gerará obrigações recíprocas e equivalentes para as partes e *intuitu personae* (em razão da pessoa), ou seja, o objeto somente poderá ser realizado pelo próprio contratado.

O contrato administrativo possui uma característica que lhe é específica – a exigência de uma licitação prévia, que só será dispensável ou inexigível nos casos expressamente previstos em lei.

3.5. PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo é um instrumento no qual são apresentadas ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e indicadores a serem pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde. Nele, deverá constar também a caracterização da instituição, sua missão na rede, a capacidade instalada e sua utilização, a definição de oferta e fluxo de serviços.

O Plano Operativo deverá acompanhar todos os ajustes realizados entre administração pública e setor privado.

Também pode ser utilizado pelo gestor na rede própria para diagnosticar a capacidade instalada, organizar a rede e, assim, demonstrar a real necessidade de contratação de serviços para fins de complementação de rede.

4. LICITAÇÃO

A Licitação é uma exigência constitucional obrigatória para toda a Administração Pública, prevista no art.37, XXI da CF/88² e estabelecida pela Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, que visa regulamentar a contratação de bens e serviços pelo Poder Público.

É um procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública tem a possibilidade de escolher a proposta mais vantajosa para a contratação de seu interesse. Desenvolve-se através de uma sucessão de atos que buscam propiciar igualdade a todos os interessados, atuando como fator de eficiência e moralidade nos negócios jurídicos³.

Na área da saúde, sabe-se que há a prática de **não realizar** o procedimento licitatório ao contratar serviços privados de saúde, porém, não há justificativa legal para tal conduta. Segundo CARVALHO & SANTOS (2002), nada poderá livrar a administração pública de realizar procedimento licitatório, nem mesmo o fato de os preços dos serviços serem previamente fixados pelo poder público (Tabela de Procedimentos SUS), isso não constitui motivo justificável para não se fazer licitação. As exceções ao rito licitatório são os casos de inexigibilidade e dispensa de licitação, previstos na Lei de Licitações, que serão detalhados a seguir.

4.1. EXCEÇÕES DA LEI 8.666/93

4.1.1. DISPENSA

O Art. 24⁴ da Lei 8.666/93 prevê os casos em que a licitação será dispensável, ou seja, os casos em que será facultada à administração a realização do processo licitatório,

² Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

(...)

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

³ Art. 3o A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos.

⁴ Art. 24. É dispensável a licitação: I - para obras e serviços de engenharia de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea "a", do inciso I do artigo anterior, desde que não se refiram a parcelas de uma mesma obra ou serviço ou ainda para obras e serviços da mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente; II - para outros serviços e compras de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea "a", do inciso II do artigo anterior e para alienações, nos casos previstos nesta Lei, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez; III - nos casos de guerra ou grave perturbação da ordem; IV - nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação

podendo a contratação ser efetuada diretamente desde que observados os procedimentos legais.

A dispensa pode ocorrer em quatro situações:

emergencial ou calamitosa e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, vedada a prorrogação dos respectivos contratos; V - quando não acudirem interessados à licitação anterior e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para a Administração, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas; VI - quando a União tiver que intervir no domínio econômico para regular preços ou normalizar o abastecimento; VII - quando as propostas apresentadas consignarem preços manifestamente superiores aos praticados no mercado nacional, ou forem incompatíveis com os fixados pelos órgãos oficiais competentes, casos em que, observado o parágrafo único do art. 48 desta Lei e, persistindo a situação, será admitida a adjudicação direta dos bens ou serviços, por valor não superior ao constante do registro de preços, ou dos serviços; VIII - para a aquisição, por pessoa jurídica de direito público interno, de bens produzidos ou serviços prestados por órgão ou entidade que integre a Administração Pública e que tenha sido criado para esse fim específico em data anterior à vigência desta Lei, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado; IX - quando houver possibilidade de comprometimento da segurança nacional, nos casos estabelecidos em decreto do Presidente da República, ouvido o Conselho de Defesa Nacional; X - para a compra ou locação de imóvel destinado ao atendimento das finalidades precípua da administração, cujas necessidades de instalação e localização condicionem a sua escolha, desde que o preço seja compatível com o valor de mercado, segundo avaliação prévia; XI - na contratação de remanescente de obra, serviço ou fornecimento, em consequência de rescisão contratual, desde que atendida a ordem de classificação da licitação anterior e aceitas as mesmas condições oferecidas pelo licitante vencedor, inclusive quanto ao preço, devidamente corrigido; XII - nas compras de hortifrutigranjeiros, pão e outros gêneros perecíveis, no tempo necessário para a realização dos processos licitatórios correspondentes, realizadas diretamente com base no preço do dia; XIII - na contratação de instituição brasileira incumbida regimentalmente ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, ou de instituição dedicada à recuperação social do preso, desde que a contratada detenha inquestionável reputação ético-profissional e não tenha fins lucrativos; XIV - para a aquisição de bens ou serviços nos termos de acordo internacional específico aprovado pelo Congresso Nacional, quando as condições ofertadas forem manifestamente vantajosas para o Poder Público; XV - para a aquisição ou restauração de obras de arte e objetos históricos, de autenticidade certificada, desde que compatíveis ou inerentes às finalidades do órgão ou entidade. XVI - para a impressão dos diários oficiais, de formulários padronizados de uso da administração, e de edições técnicas oficiais, bem como para prestação de serviços de informática a pessoa jurídica de direito público interno, por órgãos ou entidades que integrem a Administração Pública, criados para esse fim específico; XVII - para a aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessários à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia; XVIII - nas compras ou contratações de serviços para o abastecimento de navios, embarcações, unidades aéreas ou tropas e seus meios de deslocamento quando em estada eventual de curta duração em portos, aeroportos ou localidades diferentes de suas sedes, por motivo de movimentação operacional ou de adestramento, quando a exiguidade dos prazos legais puder comprometer a normalidade e os propósitos das operações e desde que seu valor não exceda ao limite previsto na alínea "a" do inciso II do art. 23 desta Lei; XIX - para as compras de material de uso pelas Forças Armadas, com exceção de materiais de uso pessoal e administrativo, quando houver necessidade de manter a padronização requerida pela estrutura de apoio logístico dos meios navais, aéreos e terrestres, mediante parecer de comissão instituída por decreto; XX - na contratação de associação de portadores de deficiência física, sem fins lucrativos e de comprovada idoneidade, por órgãos ou entidades da Administração Pública, para a prestação de serviços ou fornecimento de mão-de-obra, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado. XXI - Para a aquisição de bens destinados exclusivamente a pesquisa científica e tecnológica com recursos concedidos pela CAPES, FINEP, CNPq ou outras instituições de fomento a pesquisa credenciadas pelo CNPq para esse fim específico. XXII - na contratação de fornecimento ou suprimento de energia elétrica e gás natural com concessionário, permissionário ou autorizado, segundo as normas da legislação específica; XXIII - na contratação realizada por empresa pública ou sociedade de economia mista com suas subsidiárias e controladas, para a aquisição ou alienação de bens, prestação ou obtenção de serviços, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado. XXIV - para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão. XXV - na contratação realizada por Instituição Científica e Tecnológica - ICT ou por agência de fomento para a transferência de tecnologia e para o licenciamento de direito de uso ou de exploração de criação protegida. XXVI - na celebração de contrato de programa com ente da Federação ou com entidade de sua administração indireta, para a prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação. XXVII - para o fornecimento de bens e serviços, produzidos ou prestados no País, que envolvam, cumulativamente, alta complexidade tecnológica e defesa nacional, mediante parecer de comissão especialmente designada pela autoridade máxima do órgão. Parágrafo único. Os percentuais referidos nos incisos I e II do caput deste artigo serão 20% (vinte por cento) para compras, obras e serviços contratados por consórcios públicos, sociedade de economia mista, empresa pública e por autarquia ou fundação qualificadas, na forma da lei, como Agências Executivas.

- 1- Quando o valor do objeto for baixo o suficiente para que a soma anual da compra daquele serviço não atinja os valores das modalidades de licitação;
- 2- Quando a compra ocorrer em situações excepcionais (urgência, emergência, guerra, etc.);
- 3- O tipo de objeto a ser comprado, imóveis, alimentos perecíveis, restauração de obras, peças e manutenção de equipamentos, etc.;
- 4- Quando o objeto a ser contratado for o trabalho de uma pessoa física ou jurídica de notório saber, ou que o produto por ela desenvolvido seja único no mercado.

4.1.2. INEXIGIBILIDADE

Prevista no art. 25⁵ da Lei de Licitações, a inexigibilidade de licitação ocorrerá quando houver impossibilidade jurídica de se instalar competição entre os eventuais contratantes, quer pela natureza específica do negócio, quer pelos objetivos sociais da administração. Não se pode pretender uma proposta melhor quando apenas um detém a propriedade do bem ou serviço objeto do contrato, assim, seria inútil licitar o que não é passível de competição por preço, qualidade ou técnica.

A inexigibilidade também poderá ser configurada quando o gestor tiver a **necessidade** de contratar todos os prestadores de serviço de seu território ou de uma determinada área (bairro, distrito, etc.), instalando-se assim, a impossibilidade de competição entre os concorrentes.

A inexigibilidade deve ser justificada e devidamente instruída, seu processo deve conter elementos de fato e de direito que comprovem de maneira indiscutível a impossibilidade de competição.

“Só se licitam bens homogêneos, intercambiáveis e equivalentes. Não se licitam coisas desiguais”. (MELLO, 2003).

⁵ “Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial”: (...)

“II – para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 13 desta Lei, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação”. “§1º Considera-se notória especialização o profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato”.

4.2. O EDITAL DE LICITAÇÃO

É o instrumento pelo qual a administração torna público o seu desejo de contratar, fixa as condições desta contratação e convoca os interessados a apresentarem suas propostas.

O princípio da *Vinculação ao Edital*, presente no *caput* do art. 41⁶ da Lei 8666/93, constitui um princípio básico do processo licitatório, em que a administração pública somente poderá realizar atos que estiverem previstos no edital. Uma vez fixadas as regras para a licitação, essas se tornam inalteráveis durante todo procedimento, assim, “o edital é a lei interna da licitação”.

O art. 40⁷ da Lei de Licitações elenca todos os elementos que deverão constar no edital. O conteúdo do edital deve ser minucioso e exhaustivamente descrito para que não haja dúvidas quanto ao objeto e as condições do processo de licitação.

⁶ Art. 41. A Administração não pode descumprir as normas e condições do edital, ao qual se acha estritamente vinculada.

⁷ Art. 40. O edital conterá no preâmbulo o número de ordem em série anual, o nome da repartição interessada e de seu setor, a modalidade, o regime de execução e o tipo da licitação, a menção de que será regida por esta Lei, o local, dia e hora para recebimento da documentação e proposta, bem como para início da abertura dos envelopes, e indicará, obrigatoriamente, o seguinte:

I - objeto da licitação, em descrição sucinta e clara;

II - prazo e condições para assinatura do contrato ou retirada dos instrumentos, como previsto no art. 64 desta Lei, para execução do contrato e para entrega do objeto da licitação;

III - sanções para o caso de inadimplemento;

IV - local onde poderá ser examinado e adquirido o projeto básico;

V - se há projeto executivo disponível na data da publicação do edital de licitação e o local onde possa ser examinado e adquirido;

VI - condições para participação na licitação, em conformidade com os arts. 27 a 31 desta Lei, e forma de apresentação das propostas;

VII - critério para julgamento, com disposições claras e parâmetros objetivos;

VIII - locais, horários e códigos de acesso dos meios de comunicação à distância em que serão fornecidos elementos, informações e esclarecimentos relativos à licitação e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto;

IX - condições equivalentes de pagamento entre empresas brasileiras e estrangeiras, no caso de licitações internacionais;

X - o critério de aceitabilidade dos preços unitário e global, conforme o caso, permitida a fixação de preços máximos e vedados a fixação de preços mínimos, critérios estatísticos ou faixas de variação em relação a preços de referência, ressalvado o disposto nos parágrafos 1º e 2º do art. 48; (Redação dada pela Lei nº 9.648, de 27.5.98)

XI - critério de reajuste, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção, admitida a adoção de índices específicos ou setoriais, desde a data prevista para apresentação da proposta, ou do orçamento a que essa proposta se referir, até a data do adimplemento de cada parcela; (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94)

XII - (VETADO)

XIII - limites para pagamento de instalação e mobilização para execução de obras ou serviços que serão obrigatoriamente previstos em separado das demais parcelas, etapas ou tarefas;

XIV - condições de pagamento, prevendo:

a) prazo de pagamento não superior a trinta dias, contado a partir da data final do período de adimplemento de cada parcela; (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94)

b) cronograma de desembolso máximo por período, em conformidade com a disponibilidade de recursos financeiros;

c) critério de atualização financeira dos valores a serem pagos, desde a data final do período de adimplemento de cada parcela até a data do efetivo pagamento; (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94)

d) compensações financeiras e penalizações, por eventuais atrasos, e descontos, por eventuais antecipações de pagamentos;

e) exigência de seguros, quando for o caso;

XV - instruções e normas para os recursos previstos nesta Lei;

XVI - condições de recebimento do objeto da licitação;

XVII - outras indicações específicas ou peculiares da licitação.

4.3. ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

Os licitantes, na fase de habilitação, deverão entregar a documentação exigida pelo art. 27 e seguintes⁸ da lei de licitações, para fins de comprovação de capacidade jurídica, regularidade fiscal, capacidade técnica e idoneidade econômico-financeira e regularidade trabalhista, todos para comprovar a aptidão da empresa em contratar com a Administração Pública.

*Habilitação Jurídica*⁹ – é a aptidão para exercer direitos e contrair obrigações, pode ser provada com cédula de identidade ou carteira profissional em caso de pessoa física, pela lei que a instituiu, em caso de pessoa jurídica de direito público estatal ou autárquica, ou pelo registro na junta comercial e registro civil de pessoa jurídica ou ainda, cartório de registro de títulos e documentos. A administração pode ainda, requerer para fins de comprovação de capacidade jurídica a apresentação da ata de constituição e alteração de pessoas jurídicas, estatutos e suas modificações.

*Regularidade Fiscal*¹⁰ – é o atendimento das exigências do fisco, abrangendo todas as esferas administrativas.

*Qualificação Técnica*¹¹ – é o conjunto de requisitos profissionais exigido pela administração que o licitante deverá apresentar para comprovar a sua capacidade de cumprir

⁸ Art. 27. Para a habilitação nas licitações exigir-se-á dos interessados, exclusivamente, documentação relativa a: I - habilitação jurídica; II - qualificação técnica; III - qualificação econômico-financeira; IV - regularidade fiscal. V – cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7o da Constituição Federal. (Inciso incluído pela lei nº 9.854, de 27/10/99)

⁹ Art. 28. A documentação relativa à habilitação jurídica, conforme o caso, consistirá em: I - cédula de identidade; II - registro comercial, no caso de empresa individual; III - ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; IV - inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; V - decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

¹⁰ Art. 29. A documentação relativa à regularidade fiscal, conforme o caso, consistirá em: I - prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou no Cadastro Geral de Contribuintes (CGC); II - prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual; III - prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei; IV - prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei. (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94)

¹¹ Art. 30. A documentação relativa à qualificação técnica limitar-se-á a: I - registro ou inscrição na entidade profissional competente; II - comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, e indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, bem como da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos; III - comprovação, fornecida pelo órgão licitante, de que recebeu os documentos, e, quando exigido, de que tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação; IV - prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso.

com o objeto licitado, sua comprovação que vai desde a apresentação de registro profissional específico até a comprovação de disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos para a realização do objeto do contrato.

*Qualificação econômico-financeira*¹² – é a comprovação da capacidade de cumprir com os encargos financeiros decorrente do contrato com a administração. Essa capacidade poderá ser comprovada mediante apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício, entre outros documentos. A administração pode fixar o capital mínimo para os interessados participarem da licitação, desde que não exceda a 10% do valor total da contratação.

Regularidade trabalhista – é a comprovação de que o licitante cumpre com o que reza o art. 7º, XXXIII da Constituição Federal, que prevê os direitos dos trabalhadores.

4.4. TIPOS DE LICITAÇÃO

Estão previstos no art. 45, § 1º da Lei de Licitações¹⁴, e deverão estar especificados e detalhados no edital de licitação.

¹² Art. 31. A documentação relativa à qualificação econômico-financeira limitar-se-á a: I - balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta; II - certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física; III - garantia, nas mesmas modalidades e critérios previstos no "caput" e § 1o do art. 56 desta Lei, limitada a 1% (um por cento) do valor estimado do objeto da contratação. § 1o A exigência de índices limitar-se-á à demonstração da capacidade financeira do licitante com vistas aos compromissos que terá que assumir caso lhe seja adjudicado o contrato, vedada a exigência de valores mínimos de faturamento anterior, índices de rentabilidade ou lucratividade. (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94) § 2o A Administração, nas compras para entrega futura e na execução de obras e serviços, poderá estabelecer, no instrumento convocatório da licitação, a exigência de capital mínimo ou de patrimônio líquido mínimo, ou ainda as garantias previstas no § 1o do art. 56 desta Lei, como dado objetivo de comprovação da qualificação econômico-financeira dos licitantes e para efeito de garantia ao adimplimento do contrato a ser posteriormente celebrado. § 3o O capital mínimo ou o valor do patrimônio líquido a que se refere o parágrafo anterior não poderá exceder a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, devendo a comprovação ser feita relativamente à data da apresentação da proposta, na forma da lei, admitida a atualização para esta data através de índices oficiais. § 4o Poderá ser exigida, ainda, a relação dos compromissos assumidos pelo licitante que importem diminuição da capacidade operativa ou absorção de disponibilidade financeira, calculada esta em função do patrimônio líquido atualizado e sua capacidade de rotação. § 5o A comprovação de boa situação financeira da empresa será feita de forma objetiva, através do cálculo de índices contábeis previstos no edital e devidamente justificados no processo administrativo da licitação que tenha dado início ao certame licitatório, vedada a exigência de índices e valores não usualmente adotados para correta avaliação de situação financeira suficiente ao cumprimento das obrigações decorrentes da licitação. (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94) § 6o (VETADO)

¹³ Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;

¹⁴ Art. 45. O julgamento das propostas será objetivo, devendo a Comissão de licitação ou o responsável pelo convite realizá-lo em conformidade com os tipos de licitação, os critérios previamente estabelecidos no ato convocatório e de acordo com os fatores exclusivamente nele referidos, de maneira a possibilitar sua aferição pelos licitantes e pelos órgãos de controle. § 1o Para os efeitos deste artigo, constituem tipos de licitação, exceto na modalidade concurso:(Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94) I - a de menor preço - quando o critério de seleção da proposta mais vantajosa para a Administração determinar que será vencedor o licitante que apresentar a proposta de acordo com as especificações do edital ou convite e ofertar o menor preço; II - a de melhor técnica; III - a de técnica e preço. IV - a de maior lance ou oferta - nos casos de alienação de bens ou concessão de direito real de uso.(Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94)

Em qualquer dos tipos de licitação, exceto a de menor preço, os requisitos de classificação deverão estar exaustivamente justificados na ata de julgamento.

*Menor preço*¹⁵ – é tipo de licitação mais comum, em que a administração busca simplesmente uma vantagem econômica.

Melhor Técnica – nesse tipo de licitação a administração busca adquirir serviços de melhor qualidade e mais adequados ao cumprimento do objetivo do contrato que, em virtude de sua especificidade nem sempre poderá ser obtido pelo menor preço. No edital deverá constar o valor máximo a ser pago pela administração. Uma vez selecionada a proposta com a melhor técnica, a administração deverá efetuar a negociação do preço com o primeiro colocado, por esse motivo, o preconizado é que os licitantes entreguem três envelopes, sendo o primeiro contendo os documentos, o segundo a proposta técnica e o terceiro a proposta de preço e condições de pagamento.

Melhor Técnica e Preço – a escolha final será da proposta que contiver a técnica satisfatória e o preço mais vantajoso para a administração, por isso, assim como para a licitação por melhor técnica o ideal é que sejam utilizados três envelopes. O que diferencia esses dois tipos de licitação é a forma de julgamento, nesse é realizada uma média ponderada entre técnica e preço e naquele julga-se a técnica e depois se avalia o preço.

¹⁵ § 3o No caso da licitação do tipo "menor preço", entre os licitantes considerados qualificados a classificação se dará pela ordem crescente dos preços propostos, prevalecendo, no caso de empate, exclusivamente o critério previsto no parágrafo anterior. (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94)

5. CHAMADA PÚBLICA

O procedimento de Chamada Pública será utilizado quando se estabelecer a inexigibilidade de licitação em função **da necessidade** do gestor de saúde contratar todos os prestadores do município ou de uma área delimitada no edital.

A não realização de procedimento licitatório não desvincula a Administração Pública da utilização da Lei de Licitações e Contratos Públicos, assim, o edital e os contratos resultantes da chamada pública deverão seguir o ditado pela Lei 8.666/93.

O Edital de Chamada Pública visa informar a todos os prestadores de uma determinada base territorial o interesse em contratar serviços de saúde, estipulando o preço a ser pago por cada serviço, sempre tendo como referência a Tabela de Procedimentos do SUS.

Os prestadores que comparecerem à Chamada Pública e comprovarem as aptidões necessárias¹⁶ farão parte de um **Banco de Prestadores** ao quais os gestores recorrerão segundo suas necessidades.

Para a implantação do Banco de Prestadores, os gestores do SUS deverão instituir uma série de procedimentos visando cadastrar todas as unidades de prestação de saúde interessadas em registrar seus serviços, tais como:

1. Constatação e elaboração do processo de Inexigibilidade de Licitação;
2. Fixação da Tabela a ser praticada;
3. Elaboração de Edital de Chamada Pública que disponha sobre as normas e os requisitos operacionais das unidades de saúde para a prestação de serviços complementares ao SUS, bem como dos serviços a serem contratados e da forma para sua prestação, composto de:
 - Modelos dos contratos que se almejam firmar;
 - Planilhas de programação de compra de serviços de saúde;
 - Critérios para a Classificação dos Prestadores.
 - Exigência de cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
 - Alvará de licença de funcionamento atualizado;
 - Alvará sanitário;
 - Certidões negativas de débito estadual, municipal e federal;

¹⁶ As aptidões mencionadas são as constates no art. 27 e segs. da Lei 8666/93, acrescidas dos critérios de avaliação pré-fixados pela Administração Pública.

- Contrato social, ata da reunião que o aprovou;
- Se for o caso, comprovação de cumprimento dos requisitos da filantropia;
- Exigência de que o dirigente não possua cargo dentro do sistema;
- Circular da Secretaria Municipal, a todos os prestadores de serviços de saúde, divulgando todo o processo (esta divulgação deve ser realizada também pelos meios de comunicação como rádio e jornais locais);

Os critérios de avaliação contidos no edital de Chamada Pública deverão ser exaustivamente descritos e explicados para que não restem dúvidas por parte dos prestadores. A classificação poderá adotar como critério pareceres elaborados pela Vigilância Sanitária, além de indicadores tradicionais de aferição qualitativa dos serviços. Dentre outros indicadores que cada gestor poderá incluir as unidades e os serviços de saúde a serem contratados poderão ser avaliados, segundo:

- a) Avaliação obtida no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);
- b) Indicadores clássicos de produtividade: Taxa de Ocupação; Tempo Médio de Permanência, Número de Saídas Hospitalares, Taxa de Mortalidade Institucional; Taxa de Cesárea; Taxa de Infecção Hospitalar;
- c) Crianças com menos de 2 kg e mais de 1 kg com sobrevivência; mortalidade materna; mortalidade por diabetes; resolutividade em infarto agudo do miocárdio; sobrevida na UTI, segundo escalas de avaliação;
- d) Produção de cirurgias ambulatoriais, de pacientes em hospitais dia;
- e) Cirurgias disponíveis, número de médicos contratados, número de especialidades disponíveis, exames realizados;
- f) Avaliação de protocolos clínicos (protocolos de atendimento no Hospital);
- g) Taxa de óbitos hospitalares;
- h) Critérios territoriais e de localização;
- i) Existência de sistema de apropriação de custos.

6. ENTIDADES FILANTRÓPICAS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

6.1. ENTIDADES FILANTRÓPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS

A Constituição Federal, em seu art. 199, §1º¹⁷ e a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 25¹⁸ prevêm que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos têm preferência para participar de forma complementar no Sistema Único de Saúde.

Essa previsão legal contraria o princípio da igualdade entre os licitantes¹⁹, que é um dos princípios norteadores do processo de licitação e uma das razões pela qual há a exigência da realização de um processo licitatório, evitar o abuso do poder discricionário da administração.

Sabe-se que na prática o instrumento legal utilizado para formalizar a relação entre entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e o poder público é o convênio, com a mesma lógica dos contratos, apenas com nome diferente.

O convênio prescinde de processo licitatório pelo fato de haver uma mútua colaboração que pode ocorrer de diversas formas, repasse de recursos na forma de incentivo, cessão de uso de equipamentos, recursos humanos, materiais e imóveis, não se menciona preço, que é uma característica dos contratos.

Sobre o assunto:

(...)Oportuno trazer os ensinamentos da Profa. Maria Sylvia Zanella Di Pietro acerca da distribuição entre contratos e convênios (in temas Polêmicos sobre Licitações e Contratos. Ed. Malheiros) ‘Enquanto os contratos abrangidos pela Lei nº 8666 são necessariamente precedidos de licitação – com as ressalvas legais – no convênio não se cogita licitação, pois não há viabilidade de competição quando se trata de mutua colaboração, sob varias formas, como repasse de verbas, uso de equipamentos, de recursos humanos de imóveis, de know-how. Não se cogita de preços ou de remuneração que admita competição. **Decisão TCU 686/1998 Plenário** (Voto do Ministro Relator)

¹⁷ Art. 199. A Assistência à saúde é livre iniciativa privada. §1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convenio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

¹⁸ Lei 8080/90 – “Art. 25 – Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde”. “Art. 24 – Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

¹⁹ Segundo o ensinamento de Hely Lopes Meirelles e, previsto no art. 3º, §1º da Lei 8666/93, a igualdade entre os licitantes é um princípio impeditivo da discriminação entre os participantes do processo, quer por meio de cláusulas que, no edital ou convite favoreçam uns em detrimentos de outros, quer por meio de julgamento tendencioso, que desiguale os iguais ou iguale os desiguais.

Em um processo licitatório as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deixam de gozar do privilégio da preferência na contratação, sendo que pode ser utilizado apenas como critério de desempate.

6.2. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS²⁰

Disciplinadas pela Lei 9.637 de 15 de maio de 1998, são entidades sem fins lucrativos, criadas pelo particular, voltadas ao desenvolvimento de atividades sociais não exclusivas do Poder Público, sua parceria com o Estado se dá por meio de contrato de gestão, conforme o previsto no art. 5^o²¹ da mesma lei.

Cabe ressaltar que a Lei 9.637/98 refere-se as Organizações Sociais instituídas e qualificadas criadas no âmbito federal, porém, Estados e Municípios, poderão instituir a figura das Organizações Sociais por meio de lei própria.

Características:

- a. É pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos;
- b. Criada por particulares deve habilitar-se perante a Administração Pública para ser qualificada como tal.
- c. Pode atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde;
- d. Seu órgão de deliberação deve conter representantes do Poder Público;
- e. As atribuições, responsabilidades e obrigações tanto do Poder Público como da Organizações Sociais deverão constar no contrato de gestão;
- f. O incentivo dado pelo Poder Público pode ser por meio de destinação de recursos e bens necessários ao cumprimento do contrato de gestão, mediante permissão de uso, dispensa de licitação; cessão de servidores públicos com ônus para a origem; dispensa de licitação para contratos de prestação de serviços celebrados entre a Administração Pública e a Organização Social;
- g. A entidade será desqualificada quando descumprir as normas do contrato de gestão;

²⁰ A ADIN 1923/98 em tramite no STF que questiona a constitucionalidade da Lei 9637/98 que “Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências” e questiona o inciso XXIV do art. 24 da Lei 8666/93, inserido pelo art. 1º da Lei 9648/98.

²¹ Art. 5º - Para os efeitos desta Lei, entendendo-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às relacionadas no art. 1º.

- h. As OS absorvem as atividades desempenhadas por entidades ou órgãos estatais que em consequência disso serão extintos, suas instalações, incluindo móveis e imóveis, serão cedidos a OS;

Em regra, a organização social exerce atividade de natureza privada com incentivo do Poder Público e não serviço público delegado pelo Estado. Porém, no caso da saúde, a Lei 9.637/98 prevê a prestação de serviço público pela organização social quando essa absorve as atividades de instituição extinta no âmbito da saúde. Nesse caso, o contrato de gestão firmado entre a Organização Social e a esfera de governo que a criou, deverá considerar os princípios do Sistema Único de Saúde. Dessa forma a OS continuará prestando serviço público e não atividade privada, e por consequência estará sujeita a todas as normas constitucionais e legais que regem este serviço.

7. DOCUMENTAÇÃO PERTINENTE A TODO TIPO DE CONTRATAÇÃO

Independente do instrumento contratual e do procedimento adotados para a contratação de serviços pela Administração Pública o gestor deverá fazer uso da Lei 8666/93 – Lei de Licitações e Contratos Públicos no que se refere a exigência de documentação. Para a avaliação das propostas das empresas concorrentes é necessário que o estabelecimento de saúde entregue os seguintes documentos para comprovação de suas aptidões para contratar com a administração pública:

- Comprovação de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- Alvará de licença de funcionamento atualizado;
- Alvará sanitário;
- Inscrição municipal;
- Certidões negativas de débito estadual, municipal e federal;
- Contrato social, estatutos, ata das reuniões que os aprovaram;
- Comprovação de cumprimento dos requisitos da filantropia se for o caso;
- Comprovação de que o dirigente da empresa não possua cargo dentro do Sistema Único de Saúde;
- Cédula de identidade ou carteira profissional em caso de pessoa física;
- Cópia da lei que a instituiu, em caso de pessoa jurídica de direito público estatal ou autárquica,
- Registro profissional específico para comprovação de capacidade técnica;
- Documentos que comprovem a disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos para a realização do objeto do contrato;
- Apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício;
- Comprovação do cumprimento do art. 7º, XXXIII²² da Constituição Federal, que prevê os direitos dos trabalhadores.

²² Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;

8. CONTRATAÇÃO HOSPITALAR

8.1. HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, instituída pela portaria GM/MS nº 1.044 de 01/06/2004, tem como principal objetivo incrementar um novo modelo de organização e financiamento para pequenos hospitais públicos e filantrópicos brasileiros, redefinindo o seu papel assistencial no Sistema Único de Saúde para conferir maior resolutividade às suas ações.

Cerca de 70% dos Hospitais de Pequeno Porte, são hospitais municipais situados em municípios que **não** estão habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, assim, a contratação dessas instituições é feita pelo Estado com o Município, por meio de Termo de Cooperação entre entes Públicos. Os 30% restantes são entidades filantrópicas sem fins lucrativos, por esse motivo, a contratação se dá por meio de convênio entre o Estado e a instituição, uma vez que, em função de sua condição de gestão o município não possui gerência sobre tais instituições situadas em seu território. (como fica com o Pacto?)

8.2. HOSPITAIS DE ENSINO

O Ministério da Saúde, considerando a importância dos Hospitais de Ensino na rede de saúde, institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, por meio das portarias:

1. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006 de 27 de maio de 2004: Cria o Programa de reestruturação dos hospitais de ensino do MEC
2. Portaria GM/MS nº 1702 de 17 de agosto de 2004: Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.
3. Portaria GM/MS nº 1703 de 17 de agosto de 2004: Destina recursos de incentivo á contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências.
4. Portaria GM/MS nº 2352 de 26 de outubro de 2004: Regulamenta a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências.

O referido Programa busca o aprimoramento e a inserção destes estabelecimentos no Sistema Único de Saúde – SUS, a contratação dos serviços de saúde ofertados, sua respectiva forma de financiamento, bem como define os mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades de atenção, de gestão, de ensino e de pesquisa.

Dessa forma, busca-se redefinir o papel do Hospital de Ensino no sistema municipal ou de referência, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas a serem cumpridas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal de saúde, as definições dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde; a mudança das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.

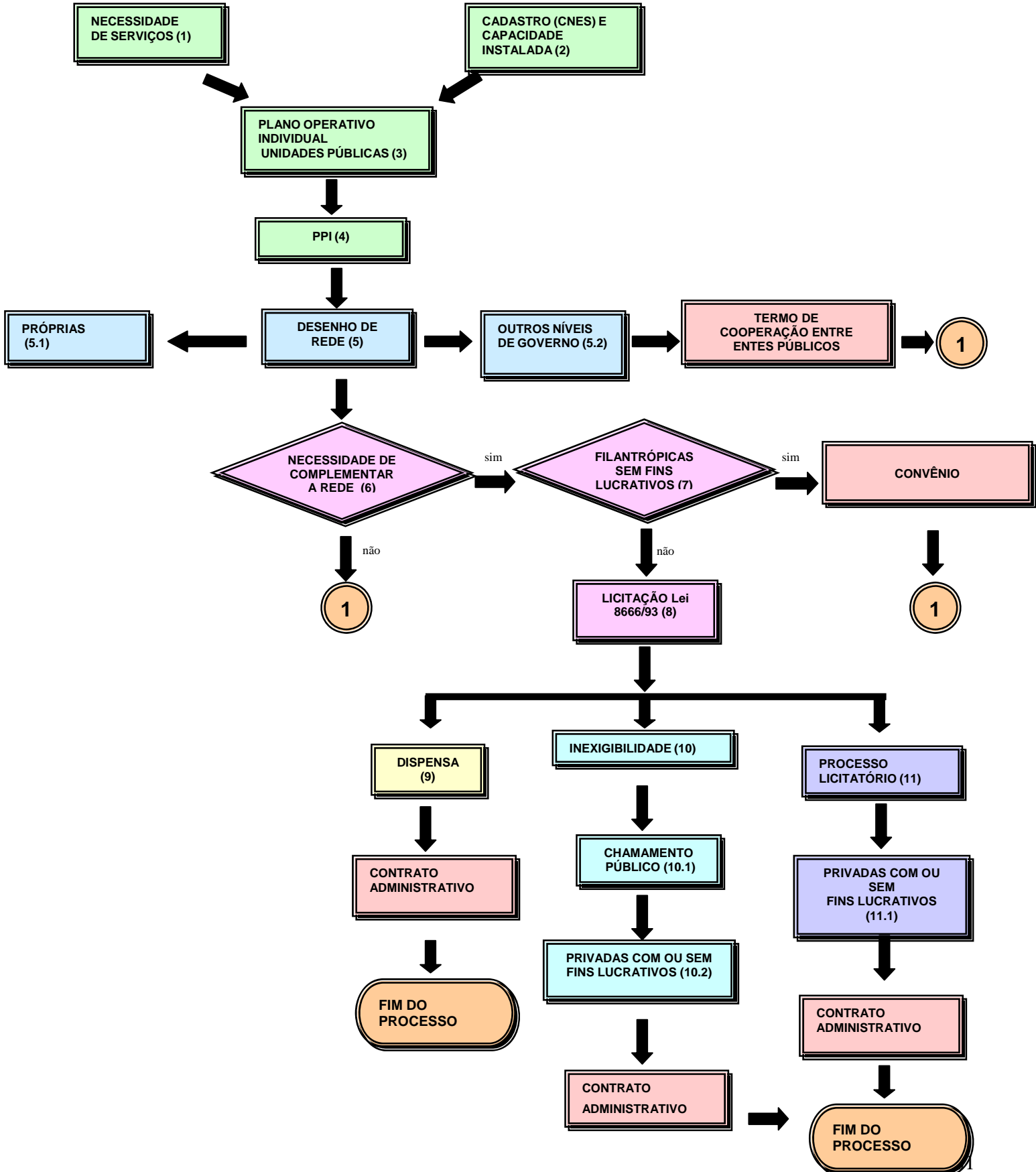
O gestor deverá firmar Convênio se o hospital for uma entidade filantrópica e, Termo de Cooperação entre entes Públicos se o hospital for público, observadas as regras das portarias que regulamentam o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino.

8.3. HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Portaria/GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005, faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, incrementando um novo modelo de organização e financiamento para uma adequada inserção desses estabelecimentos de saúde na rede hierarquizada de atenção à saúde, observando as diretrizes da Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro.

Para a contratação dos Hospitais Filantrópicos, assim como para a contratação das demais empresas com o mesmo caráter, o instrumento legal a ser utilizado será o convênio que, deverá possuir na forma de anexo ou como parte integrante um plano operativo que deverá especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas.

9. FLUXOGRAMA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE



Legenda fluxograma

1. O Gestor de Saúde verifica através de dados populacionais e da portaria 1.1001 as necessidades de procedimentos de saúde da sua população;
2. O gestor, ao consultar o CNES verifica a sua capacidade instalada;
3. Ele deve elaborar um Plano Operativo de cada unidade pública sob sua gerência para fins de identificação da necessidade de complementação de serviços e organização de rede. Verificada a necessidade de complementação de serviços, esta deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar do Plano de Saúde.
4. Faz a PPI;
5. Após esses dados o gestor terá o seu **desenho de rede**.
 - 5.1. Se verificar que a rede própria é capaz de suprir as necessidades da população, não havendo necessidade de complementação haverá o fim do processo;
 - 5.2. Se o gestor, constatar que a rede própria é insuficiente e, portanto que há a necessidade de complementação e, que em sua rede existem instituições de outras esferas de governo ele deverá recorrer essas e o instrumento para formalizar esse acordo será o **Termo de Cooperação entre Entes Públicos**;
6. Se, com os serviços públicos de saúde devidamente contratados ainda for verificada a necessidade de complementação da rede, o gestor deverá recorrer aos serviços da rede privada.
7. Verificada a existência de entidades filantrópicas e, em função da prioridade da contratação prevista na CF/88 e na Lei 8080/90 poderá firmar convênio diretamente com a instituição, desde que firmada parceria para a prestação de serviços e ações de saúde.
8. O gestor deverá sempre fazer uso da Lei 8666/93 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular.
9. A licitação será dispensável nos casos em que o valor total da compra de serviços for 10% do valor contido no art. 23, inciso II, *alínea a*, ou se a demora na aquisição do serviço pode trazer prejuízos, art. 24, IV.
10. A inexigibilidade de licitação poderá ser constatada quando houver incapacidade de se instalar concorrência entre os licitantes, que poderá ocorrer quando houver

apenas um prestador estiver apto a fornecer o objeto a ser contratado, ou quando o gestor manifestar o interesse de contratar todos os prestadores de serviços de seu território de uma determinada área desde que devidamente especificada no Edital;

10.1. Quando a licitação for inexigível porque o gestor manifestou o interesse de contratar todos os prestadores ele poderá fazer uso do procedimento de Chamada Pública, onde será aberto um edital chamando todos os prestadores que se enquadrem nos requisitos constates do edital a se cadastrarem e contratarem com a Administração Pública.

10.2. Do chamamento público será realizado um contrato administrativo com as entidades privadas com e sem fins lucrativos e com as entidades filantrópicas.

11. A realização do procedimento licitatório gerará um contrato administrativo com entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

11.1. Ressalta-se que as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos quando optarem por não realizar convênio com a Administração Pública concorrerão com as demais empresas e perderão o seu privilégio na contratação e, por esse motivo, o instrumento firmado será o contrato administrativo.

10. CLÁUSULAS NECESSÁRIAS E REQUISITOS CONTRATUAIS

A Lei nº 8.666/93 determina as regras para contratação de serviços no âmbito da administração pública, as cláusulas essenciais ou necessárias são relativas ao objeto e seus elementos característicos; ao regime de execução; ao preço e as condições de pagamento; à vigência do contrato; ao reajuste dos preços (se houver); à citação da dotação orçamentária, com a indicação da classificação funcional e da categoria econômica; aos direitos e responsabilidades das partes; às penalidades cabíveis, bem como os valores das multas; o sistema de fiscalização e supervisão, o direito da administração pública de rescindir unilateralmente o contrato; aos motivos para alterar o contrato; à legislação aplicável; ao foro etc.

Segundo o artigo 55 da Lei nº 8.666/93, é necessário que todos os contratos firmados entre os gestores públicos da saúde e os prestadores de serviços contenham as seguintes cláusulas:

- a. objeto: conterá as especificações, inclusive quanto à quantidade a ser contratada, de forma clara e sucinta;
- b. regime de execução dos serviços: discriminando, por exemplo, a espécie de internação, incluindo UTI, a assistência exigida, o tipo de acomodação das consultas, dos exames, das terapias, dos casos de urgência e emergência, das internações eletivas, e outras situações pertinentes aos serviços contratados, os critérios de avaliação e controle, a gratuidade dos serviços, a proibição de cobrança de valores complementares, dos acréscimos e/ou supressões de serviços contratados até os limites fixados em lei;
- c. previsão do preço e suas condições de pagamento, os critérios desse pagamento, a data base e a periodicidade do reajuste de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento;
- d. previsão dos prazos de início e final da prestação de serviços;
- e. crédito pelo qual correrá a despesa, com a sua classificação funcional-programática e da categoria econômica;
- f. previsão das obrigações e das responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores de multas;

- g. casos de rescisão;
- h. reconhecimento dos direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa (no caso de inexecução total ou parcial do contrato);
- i. vinculação ao Edital de Chamada Pública;
- j. legislação aplicável à execução do contrato, especialmente aos casos omissos;
- k. obrigação do contratado de manter, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Chamada Pública.

As cláusulas obrigatórias devem prever:

- 1) A obrigatoriedade de o prestador manter cadastro dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços;
- 2) O compromisso de o órgão ou entidade executora apresentar, na periodicidade ajustada, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição;
- 3) Que em internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60 anos, será assegurada a presença de acompanhante, em tempo integral, podendo a contratada acrescentar à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes a alojamento e alimentação conforme portarias do Ministério da Saúde.;
- 4) Permitir, respeitada a rotina do serviço, visita diária a pacientes do SUS internados, por período mínimo de duas (duas) horas;
- 5) A possibilidade de atualização dos valores por ato da Administração ou por atualização dos valores da Tabela SUS;
- 6) A obrigatoriedade de o órgão ou entidade executora manter registros contábeis específicos, para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa;
- 7) A possibilidade de rescisão ou denúncia quando os serviços não forem executados de acordo com o contrato ou convênio, no caso de descumprimento de qualquer das cláusulas pactuadas;

8) Os valores das multas.

Nos contratos e convênios de prestação de serviços de assistência à saúde, celebrados com entidades filantrópicas, privadas sem fins lucrativos, com fins lucrativos e organizações sociais, o Estado e o Município deverão estabelecer além das cláusulas necessárias de que trata a legislação pertinente e outras decorrentes da especificidade das ações de assistência a saúde bem como da sua relevância pública e das políticas e diretrizes do Ministério da Saúde.

Tais cláusulas estão elencadas e definidas na PT/GM nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006, são fundamentais e obrigatórias, assim, todos os contratos com prestadores de assistência a saúde deverão ter as seguintes cláusulas:

- Os estabelecimentos contratados deverão estar com o cadastro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- Os estabelecimentos contratados serão submetidos à avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS,
- Os serviços contratados deverão estar submetidos à política de Regulação do seu gestor;
- O contratado deverá entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída do atendimento, documento com o histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento;
- Obrigação de apresentação de relatórios de atividades sempre que solicitado pelo gestor;
- Os serviços contratados e conveniados deverão garantir aos trabalhadores vínculo empregatício que assegure todos os direitos trabalhistas, sociais e previdenciários.
- Será garantido o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;
- Os serviços contratados deverão garantir aos usuários do SUS: redução das filas e o tempo de espera para atendimento; acesso com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; nome dos profissionais que cuidam de sua saúde e são responsáveis por eles; acesso às informações; presença de acompanhante; bem como os demais direitos dos usuários do SUS.
- Para efeito da remuneração os serviços contratados deverão ter como referencia a Tabela de Procedimentos SUS;

- Em conformidade ao art. 26, §2º da Lei 8080/90, os serviços contratados submeter-se-ão às normas emanadas pelo Sistema Único de Saúde.
- Identificação do estabelecimento contratado, também pelo código do CNES.

10.1. CLÁUSULAS NECESSÁRIAS

10.1.1. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES

O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, instituído pela Portaria SAS n.º 476 de 10 de outubro de 2000 e pela Portaria SAS n.º 511 de 29 de dezembro de 2000, é alimentado pelo preenchimento da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde – FCES. O conteúdo dessa ficha é que definirá o que o gestor poderá contratar daquele estabelecimento.

A FCES, veio em substituição a FCA – Ficha de Cadastro Ambulatorial e FCH – Ficha de Cadastro Hospitalar contém todas as informações do estabelecimento de saúde desde sua identificação, características, estrutura ambulatorial e hospitalar, equipamentos, recursos humanos suas habilitações bem como o que é ou não contratado/conveniado com o SUS.

A FCES é composta de várias fichas, onde serão cadastradas todas as características do estabelecimento de saúde. Tais fichas devem ser atualizadas sempre que houver alteração. Os dados decorrentes das fichas estão disponíveis para consulta no endereço eletrônico do CNES www.datasus.gov.br/cnes tornando as informações públicas e transparentes.

10.1.2. Programa Nacional de Avaliação de Serviços em Saúde PNASS

Instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM nº 382 de 10 de março de 2005, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS constitui instrumento de avaliação qualitativa das ações e dos serviços de saúde, bem como da satisfação dos usuários do sistema.

O objetivo do PNASS é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões. Avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolutividade e qualidade.

E, tem como objetivos específicos:

- Fomentar e incentivar a implantação de dispositivos da Humanização e Qualificação da Atenção e Gestão.
- Incentivar a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde;

- Fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde;
- Ser instrumento de apoio à gestão do SUS;
- Produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde;
- Implementar padrões de conformidade dos serviços de saúde;
- Incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde;
- Aferir a satisfação dos usuários do SUS;
- Conhecer as condições e relações de trabalho dos profissionais nos estabelecimentos de saúde;
- Identificar oportunidades e possibilidades de melhoria da qualidade local;
- Possibilitar a observação de experiências exitosas para melhoria da qualidade;
- Disponibilizar os resultados para conhecimento público.

O PNASS define padrões de conformidade sentinelas que sinalizam risco ou qualidade classificados como: imprescindíveis, necessários e recomendáveis. Os imprescindíveis são aqueles exigidos em normas e o não cumprimento aponta uma necessidade de intervenção urgente. Os necessários também são exigidos em normas sendo que o seu não cumprimento acarreta riscos mediatos, devendo ser apazado o seu cumprimento pelo serviço. Os recomendáveis não são exigidos por normas e acrescentam um padrão de qualidade no serviço prestado.

O PNASS é realizado a cada dois anos, por equipe designada pelo gestor, empregando técnicas de observação, análise documental e/ou análise de prontuários, análise de indicadores e entrevista com usuários e trabalhadores.

No contrato deve ser previsto o PNASS como um dos instrumentos de avaliação do serviço, e que os padrões, imprescindíveis, necessários e recomendáveis sejam usados como causa de penalidades com prazo para correção de acordo com o risco ou qualidade.

10.1.3. Regulação do Acesso à Assistência por meio de complexos reguladores

Esta é uma estratégia para regular a oferta e demanda da atenção a saúde e consiste na organização de um conjunto de ações de regulação de acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde, permitindo aos gestores articular e integrar dispositivos da regulação de acesso como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações de regulação da atenção a saúde como contratação, controle e avaliação assistencial, programação e regionalização.

Fundamental ter como item de contrato a definição de que os serviços ofertados pelos prestadores, como leitos, consultas, procedimentos, exames estejam disponibilizados para o complexo regulador e que os prestadores sigam as normas e fluxos e protocolos definidos pelo complexo regulador.

10.1.4. Histórico de internação e Gratuidade do atendimento

O usuário, ao deixar o estabelecimento contratado deverá receber documento de histórico de internação/atendimento ou resumo de alta, de acordo com modelo definido pelo gestor para dar continuidade ao seu tratamento, contendo os seguintes dados:

- a) nome do paciente;
- b) nome do hospital;
- c) localidade;
- d) motivo da internação;
- e) data da internação;
- f) data da alta;
- g) tipo de órtese, prótese, material e procedimentos especiais utilizados, quando for o caso;
- h) diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (CID) na versão vigente à época e, se possível,
- i) valor do procedimento principal realizado.

Esse mesmo documento deverá conter declaração da gratuidade do atendimento prestado com a indicação de que o mesmo será pago com recursos públicos. A demonstração da gratuidade é fundamental, principalmente em caso de instituições privadas, pois é um instrumento de controle da exigência contratual da gratuidade. Para isto é fundamental constar em contrato que, fica proibida a cobrança ao paciente do SUS, de qualquer taxa, bem como solicitação de entrega de material e/ou medicamentos para exames, sejam os atendimentos ambulatoriais ou outros. O prestador responsabilizar-se-á por cobrança indevida feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do contrato firmado.

10.1.5. Apresentação de Relatórios

Os serviços contratados deverão apresentar relatórios com a periodicidade e o formato definidos pelo gestor, que demonstrem de forma quantitativa e qualitativamente o cumprimento do objeto e das metas constantes no plano operativo.

10.1.6. Garantia dos direitos Trabalhistas

Os serviços contratados deverão garantir aos seus trabalhadores os direitos trabalhistas que trata a legislação pertinente.

10.1.7. Conselhos de Saúde

Os conselhos de saúde no seu papel fiscalizador do SUS têm como atribuições, entre outras, fiscalizar a assistência prestada pelo serviço contratado, com o objetivo de auxiliar o gestor no controle do contrato, Nesse sentido, é fundamental garantir o acesso dos conselheiros aos estabelecimentos desde que devidamente identificados e com prévia comunicação ao prestador. A importância da existência dessa cláusula contratual é garantir o controle social sobre o serviço contratado..

10.1.8. Política Nacional de Humanização

A Humanização é uma política transversal, que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, que implica em, traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

10.2. REQUISITOS

10.2.1. Legislação emanada pelo ministério da saúde

Como determina o art. 26²³ da Lei 8080/90, cabe ao ministério da saúde normatizar as relações com os prestadores de assistência a saúde, sendo que pela própria dinâmica que é a construção do SUS deve estar explícito no contrato a determinação para que o prestador se submeta às normas emanadas pelo gestor do SUS, mesmo que esta norma não estivesse prevista inicialmente no contrato.

10.2.2. Tabelas nacionais do SUS

Como determina o artigo 16, inciso XIX da Lei 8080/90²⁴ é competência do gestor nacional fazer a coordenação técnica e financeira do sistema, em virtude disto o ministério da saúde vem determinando tabelas com valores, tempo de permanência tipo de profissional tipo unidades assistenciais para procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Os entes federativos têm autonomia para praticar os preços estabelecidos pela Tabela SUS nacional ou complementá-la criando, desta forma, Tabelas SUS Estaduais, Regionais ou Municipais. Essas Tabelas deverão ser publicadas no Diário Oficial dos estados e/ou dos municípios e serão as referências de cada ente federativo para a contratação de serviços de saúde. As Tabelas serão estabelecidas mediante a análise da estrutura da oferta e dos custos dos serviços de saúde em cada unidade territorial. O gestor do SUS não deve praticar preços diferentes para os mesmos serviços de saúde na sua unidade territorial

A composição dos valores estabelecidos pela Tabela Estadual, Regional ou Municipal deverá ser feita tendo como referência os valores estabelecidos na Tabela Nacional. A complementação dada pelos gestores de saúde somente poderá ser feita com recursos próprios, nos termos do art. 1^o²⁵ da Portaria GM nº 1606, de 11 de setembro de 2001.

²³ Art.26 - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 2º - Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

²⁴ Art.16 - À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete: XIX - Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e Coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

²⁵ Art. 1º Definir que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade.

10.2.3. Identificação do Contratado pelo nº do CNES

Esse requisito tem como objetivo evitar que haja divergências entre os dados cadastrais do estabelecimento no CNES e no instrumento contratual, evitando assim, conflitos na sua identificação.

10.2.4. Fiscalização

A fiscalização da execução dos contratos é um poder/dever da Administração Pública. Sua finalidade é assegurar a exata correspondência dos serviços executados com as exigências estabelecidas no contrato.

10.2.5. Acompanhamento da Execução dos Contratos

Os serviços contratados deverão apresentar a Administração Pública relatórios no mínimo semestrais para fins da comprovação do adimplemento do objeto do contrato qualitativa e quantitativamente.

11. LINKS ÚTEIS

- http://legis.senado.gov.br/con1988/CON1988_31.12.2003/index.htm
- <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>
- <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>
- <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/leis/L8666cons.htm>
- https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/decreto/D2536.htm
- http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm
- <http://pnass.datasus.gov.br>
- <http://cnes.datasus.gov.br>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Decas/tabelasia.sih.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1703.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2352.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1044.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1721.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-635.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-382.htm>
- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1606.htm>

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Licitações e Contratos: Orientações Básicas. 3. ed. rev. atual. e ampl. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Interno, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Caderno da SAS – Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Curso Básico de Regulação, Controle Avaliação e Auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.286, de 26 de outubro de 1993. Diário Oficial da União, n. 209, Brasília, 03 de nov. de 1993, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.695, de 23 de setembro de 1994. Estabelece normas gerais sobre a participação preferencial de entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde e define o regime de parceria entre o Poder Público e essas entidades. Diário Oficial da União, n. 187, Brasília, 26 de set. 1994, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 19 set. 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legilação>>

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde – Comentário à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 3. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 19.ed. São Paulo: Atlas, 2006a.

_____. Direito Administrativo. 19.ed. São Paulo: Atlas, 2006b.

_____. Direito Administrativo. 19.ed. São Paulo: Atlas, 2006c.

_____. Direito Administrativo. 19.ed. São Paulo: Atlas, 2006d.

FRANÇA, Maria Adelaide de Campos. Comentários à Lei de Licitações e Contratos da Administração Pública. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. Atualizado por Eurico de Andrade Azevedo, Décio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2003a.

_____. Direito Administrativo Brasileiro. Atualizado por Eurico de Andrade Azevedo, Décio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2003b.

MELLO, Celso Antonio Bandeira. Curso de Direito Administrativo. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

MUKAI, TOSHIO. LICITAÇÕES E CONTRATOS PÚBLICOS. 6. ed. SÃO PAULO: SARAIVA, 2004.