

**RESOLUÇÃO N.º 258
DE 07 DE JANEIRO
DE 1991**

**INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

RESOLUÇÃO Nº 258, DE 07 DE JANEIRO DE 1991

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, no uso das atribuições que lhe são regimentalmente conferidas e

1. **CONSIDERANDO** que o Texto Constitucional, Título VIII, da Ordem Social, Seção II, da Saúde, que define as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, e as disposições da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990;

2. **CONSIDERANDO** que o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Art. 195 da Constituição Federal, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;

3. **CONSIDERANDO** a necessidade de assegurar o acesso universal, igualitário e progressivo da população às ações de saúde, através da adoção de uma nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde;

4. **CONSIDERANDO** a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;

5. **CONSIDERANDO** a necessidade de redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, com um reforço do poder municipal, resolve:

Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991.

RICARDO AKEL

(Of. s/nº)

**NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS PARA 1991
NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 01/91**

INTRODUÇÃO:

A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nºs 8.074/90 e 8.080/90.

São estabelecidas nesta Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

Pretende-se que através do conhecimento e domínio total das instruções aqui contidas e da subsequente familiarização com o sistema de financiamento implantado possa ser adotada a política proposta, baseada na concessão de um crédito de confiança aos Estados e Municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estão sendo desenvolvidos.

Visando a adoção da nova política de financiamento do SUS, o orçamento do INAMPS, definido para o exercício de 1991, será dividido em 5 itens:

- a) financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população;
- b) recursos transferidos na forma de AIHs a cada unidade executora, proporcional à população;
- c) custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;
- d) custeio de Programas Especiais em saúde.

e) investimentos (despesas de capital), alocados no Plano Quinquenal de Saúde MS/INAMPS, em lei orçamentária de iniciativa do Poder Executivo aprovados pelo Congresso Nacional, e em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde.

É importante para o êxito do programa o pressuposto da contrapartida dos Estados e Municípios de valores estabelecidos nos seus orçamentos, em conformidade com os Planos Estaduais e Municipais aprovados pelos respectivos Conselhos e referendados pelo Poder Executivo.

PARTE I – FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE AMBULATORIAL:

1.1 – PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

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

1.1.2 – O Convênio firmado com os Estados, Distrito Federal e Municípios estabelecerá em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei 8.080/90.

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

- a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;
- b) empenho global (valor semestral e/ou anual);
- c) índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA.

1.1.4 – As ações e serviços públicos de saúde, a nível ambulatorial, os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde serão pagos através de sistema de cobertura ambulatorial.

1.1.5 – Fica instituída a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

1.1.5.1 – A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) será fixada através de Resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde do Estado e considerados os casos atípicos.

1.1.5.2 – O valor nominal da UCA, a partir de abril de 1991, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS.

1.1.6 – O INAMPS transferirá até o último dia útil de cada mês, diretamente aos Estados, Distrito Federal e Municípios, os recursos previstos no orçamento anual, em duodécimos mensais, deduzida a Guia de Autorização do Pagamento – GAP/PRESTADOR, como estabelecido em cláusula convencional.

1.1.7 – O atual sistema de GAP/PRESTADOR, será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), com o pagamento centralizado no INAMPS/DG.

1.1.8 – O Sistema de Cobertura Ambulatorial será executado em 04 (quatro) etapas:

- 1ª – Cobertura Ambulatorial em janeiro/91 e criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
- 2ª – estabelecimento de requisitos básicos para transferências de recursos diretamente aos Municípios;
- 3ª – articulação entre Municípios através da constituição de Consórcios com o objetivo de desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam;
- 4ª – pagamento dos prestadores, diretamente pelo INAMPS/DG, através de sistema próprio de informatização SIA-SUS, a partir de fevereiro de 1991.

1.1.8.1 – PRIMEIRA ETAPA:

1.1.8.1.1 – Funcionamento da cobertura ambulatorial

- a) a cobertura ambulatorial anual será obtida através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;
- b) o produto dessa operação será dividido em duodécimos.
- c) o valor mensal a ser transferido até o último dia útil de cada mês a Estados e Distrito Federal e Municípios, será obtido:
 - do duodécimo subtrai-se a GAP/Prestador do Estado;
 - deste resultado 10% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde;
 - o saldo resultante será dividido novamente pela população de cada unidade da Federação;
 - o (quociente encontrado, corresponde a uma variável que, multiplicada pela população de cada município da unidade federativa, representa o repasse a ser efetuado às Secretarias Municipais de Saúde.
- d) para os Municípios que não atenderem aos critérios estabelecidos na Lei 8.080/90 e normas complementares do INAMPS/MS; o valor que lhe é destinado, será repassado à Secretaria Estadual de Saúde.
- e) na existência de saldos derivados das situações supramencionadas, os mesmos serão alocados às respectivas Secretarias de Estado de Saúde.

1.1.8.1.2 – Os Estados e Municípios deverão constituir o seu Fundo de Saúde, no prazo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação desta Resolução, em conformidade com a legislação vigente, a fim de assegurar o aporte de recursos ao setor saúde, bem como a sua administração.

1.1.8.1.3 – Caso não tenha sido constituído o Fundo Estadual e/ou Municipal de Saúde, os recursos serão repassados diretamente à conta especial da Secretaria de Estado da Saúde, no Banco do Brasil S.A.

1.1.8.2. – SEGUNDA ETAPA

1.1.8.2.1 – São requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os Municípios:

- a) criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;
- b) criação de Fundo Municipal de Saúde;
- c) apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;
- d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS);
- e) apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- f) contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% de seu orçamento; e
- g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação.

1.1.8.2.2 – Os Municípios que não preencherem os requisitos explicitados no item anterior terão os recursos a ele destinados, repassados às Secretarias Estaduais de Saúde correspondentes, que adotarão critérios próprios de distribuição dos recursos.

1.1.8.2.3 – Nesta hipótese, as Secretarias Estaduais de Saúde serão responsabilizadas transitoriamente pela cobertura ambulatorial correspondente, assim como pela cooperação técnica com os Municípios respectivos, com vistas ao pronto cumprimento dos requisitos.

1.1.8.3 – TERCEIRA ETAPA

- 1.1.8.3.1 – Em conformidade com o Art. 18, inciso VII, da Lei 8.080, de 19/09/90, os Municípios poderão formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência à saúde.
- 1.1.8.3.2 – O Município-polo do Consórcio deve contar com uma rede assistencial adequada e com a complexidade necessária ao atendimento da população convergente, de forma a oferecer resolutividade das ações de atendimento ambulatorial e hospitalar em sua área de abrangência.
- 1.1.8.3.3 – O rateio dos custos consistirá no pagamento pelo Município de menor nível de complexidade para aquele que oferecer atendimento de maior complexibilidade.
- 1.1.8.3.4 – A retenção e o posterior repasse direto de recursos ao Município-pólo, caberá ao INAMPS desde que seja estabelecido no instrumento de acordo.
- 1.1.8.3.5 – Os Municípios que se articularem mediante consórcio deverão cumprir os requisitos básicos explicitados no subitem 1.1.8.2.1 desta norma.

1.1.8.4 – QUARTA ETAPA

- 1.1.8.4.1 – O atual sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas e outros), será modificado a partir de fevereiro de 1991 com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), sendo este centralizado no INAMPS/DG.
- 1.1.8.4.2 – O INAMPS repassará aos Estados, Distrito Federal, e/ou Municípios os recursos correspondentes, de acordo com os Planos de Saúde, concretizando, desta forma, o programa de descentralização previsto no Texto Constitucional e na Lei 8.080/90, visando à municipalização.
- 1.1.8.4.3 – Os Estados, Distrito Federal e Municípios administrarão os recursos destinados à saúde, cabendo-lhes a responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

PARTE II – INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO

2.1 – DOS CONSELHOS DE SAÚDE

2.1.1 – Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%) atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

2.1.2 – Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais, e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

2.2 – DOS FUNDOS DE SAÚDE

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

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

2.2.3 – Os Planos de Aplicação dos Fundos Especiais, demonstrando a origem e aplicação dos recursos, acompanharão a lei orçamentária, conforme dispõe o inciso I, do Parágrafo 2º do Art. 2º da Lei 4.320, de 17 de março de 1964.

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

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

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

2.2.7 – Se a Lei que o instituiu não dispuser em contrário, à execução orçamentária dos Fundos de Saúde aplicam-se aos mesmos normas gerais de execução orçamentária da União.

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

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

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

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

2.2.12 – As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde integrarão a prestação de contas da respectiva entidade ou unidade gestora (Secretarias Estaduais e/ou Municipais), em demonstrativo distinto e periodicidade convencionada.

2.3 – DOS CONSÓRCIOS ADMINISTRATIVOS INTERMUNICIPAIS

2.3.1 – Os Consórcios Administrativos serão acordos firmados, na forma do subitem 1.1.8.3.1, entre entidades da mesma espécie, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.

2.3.2 – Aplicam-se aos Consórcios Administrativos todos os princípios e preceitos regedores dos convênios.

2.3.3 – Os Consórcios dependem de autorização legislativa para serem validamente celebrados e serão dirigidos por um profissional da área de saúde, por um Prefeito ou por qualquer membro da população indicado pelos representantes junto ao consórcio, de cada município.

2.3.4 – Compórá, ainda, os consórcios, um Conselho Fiscal e uma Diretoria Administrativa.

2.4 – DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO

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

2.4.1.1 – finalidades essenciais (caracterizar a entidade e mencionar, sucintamente, suas atribuições regimentais ou estatutários);

2.4.1.2 – plano de trabalho elaborado (descrever, de, forma resumida, os programas ou projetos de trabalho, destacando as metas ou objetivos previstos);

2.4.1.3 – plano de trabalho executado (mencionar as atividades desenvolvidas no exercício, destacando as extra-programadas e as não executadas, em relação ao plano de trabalho elaborado, com as justificativas pertinentes), e

2.4.1.4 – resultados alcançados (evidenciar as metas ou objetivos atingidos, relativamente a cada programa ou projeto, a programação e execução orçamentária desses programas ou projetos, acompanhados de demonstrações financeiras, sem prejuízo da fiscalização indispensável sobre a execução local).

2.5 – DA PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO DA SAÚDE – PROS

2.5.1 – A PROS dos Estados, Distrito Federal e Municípios deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, buscando melhoria da eficiência e dos procedimentos a serem seguidos para concretização das ações de saúde em benefício dos usuários.

2.5.2 – A PROS constituirá a base das atividades e ações de cada nível de direção do SUS, devendo demonstrar as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população, bem como as estratégias que levem à obtenção dos objetivos propostos.

2.5.3 – Para a consecução dos objetivos propostos, será de grande importância a participação ativa no processo de planejamento de todos quantos executam as ações de saúde, bem como dos que as recebem.

2.5.4 – As diretrizes a serem observadas na elaboração da PROS serão as estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

2.6 – DOS PLANOS DE APLICAÇÃO

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

2.6.1.1 – A descrição do que se pretende realizar e dos objetivos a alcançar;

2.6.1.2 – a demonstração da origem e a aplicação dos recursos.

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

2.6.3 – Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo (financeiro) do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo e mediante reprogramação no Plano de Aplicação Anual.

2.7 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS FUNDOS DE SAÚDE

2.7.1 – As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde, integrarão a prestação de contas correspondente aos recursos gerais da respectiva entidade ou unidade gestora, em demonstrativo distinto e será constituído dos seguintes elementos básicos:

2.7.1.1 – relação dos agentes responsáveis, indicando nome, cargo ou função, número do CPF e período de gestão compreendendo:

- dirigente máximo;
- membros do órgão colegiado responsável por atos e gestão definidos em Lei;
- substitutos dos responsáveis no exercício.

2.7.1.2 – cópia do ato que ficou a gestão ou execução do Fundo;

2.7.1.3 – relatório de gestão, na forma do subitem 2.4.1;

2.7.1.4 – cópia das alterações das normas que regulam a gestão do fundo, ocorridas no exercício, se for o caso;

2.7.1.5 – demonstrativo dos créditos autorizados e/ou da despesa autorizada;

2.7.1.6 – demonstrativo da despesa empenhada/liquidada;

2.7.1.7 – balancete financeiro;

2.7.1.8 – demonstração das variações patrimoniais; e

2.7.1.9 – parecer dos órgãos internos se houver, que devam dar seu pronunciamento sobre as contas.

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

PARTE III – DO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

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

3.2 – O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas em lei quando constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

3.3 – O controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira compreenderá a verificação:

3.3.1 – da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;

3.3.2 – da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo efetuarem despesas, administrem ou guardem bens e valores públicos;

3.3.3 – do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços.

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

3.5 – A Diretoria de Administração e Finanças do INAMPS criará Relatórios Gerenciais informatizados de acompanhamento e controle, que permitam a identificação dos fatores específicos do novo sistema de financiamento do SUS, com vistas ao suprimento de informações ao Ministério da Saúde, Conselhos e Fundos de Saúde e demais órgãos envolvidos no programa.

3.6 – Este sistema visará a articulação e interligação do INAMPS com os órgãos correlatos do SUS, objetivando uniformizar os procedimentos adotados.

PARTE IV – DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1 – Até que se edite normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, dadas as características próprias de que se reveste o programa, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

4.2 – Até que o Conselho Nacional de Saúde aprove as normas de aplicação dos critérios de alocação de recursos referidos no Art. 35 da Lei Federal 8.080, de 19/09/90, será utilizado exclusivamente o critério populacional.

4.3 – Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios serão depositados em conta especial no Banco do Brasil S.A e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

4.4 – É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidades públicas, na área de saúde.

4.5 – As transferências de recursos para investimentos (despesas de capital) serão alocadas observados os seguintes aspectos:

4.5.1 – desde que previstas no Plano Quinquenal de Metas do MS;

4.5.2 – se previstas em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional;

4.5.3 – em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde;

4.5.4 – e formalizadas mediante celebração de Convênio e/ou Termo Aditivo ao Convênio SUS, observada a Lei Orçamentária e a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS/MS.

4.6 – Cabe aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde, em suas áreas de abrangência, bem como atuar na formulação de estratégia no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

4.7 – Os orçamentos próprios dos Fundos de Saúde deverão ser aprovados antes do início do exercício financeiro a que se referir.

4.8 – Os Governos Estaduais e Municipais, deverão alocar um mínimo de 10% (dez por cento) do seu orçamento em 1991, na área de saúde.

4.9 – Aplicam-se aos consórcios os princípios e preceitos regedores dos Convênios até que seja publicada legislação específica sobre a matéria, distinguindo-se os Consórcios dos Convênios porque este é celebrado entre pessoas jurídicas de espécies diferentes e aquele só o é entre entidades da mesma espécie.

4.10 – O atual Sistema de GAP/Prestador será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), com o pagamento centralizado no INAMPS/DG.

4.11 – O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, a cada unidade executora, será proporcional à população, obedecidas as normas específicas já expedidas sobre a matéria cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição entre Municípios e Prestadores.

4.12 – As AIH's, com valores de tabela específicas, serão creditadas diretamente aos hospitais das redes próprias, estaduais e Municipais, em conta corrente especial no Banco do Brasil S.A.

4.13 – O INAMPS/MS criará uma reserva de AIH's a ser definida em normas complementares, a fim de compensar os centros de maior complexidade.

4.14 – Fica assim assegurado o acesso a serviços de saúde a centros especializados e de alta complexidade que serão remunerados complementarmente através de uma Câmara de Compensação de AIH's.

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

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

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