

**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 convenial 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 convenial.

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 – Comporá, 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 efetuem 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 pública, 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).