

CAMARA MUNICIPAL



Recebi NESTA DATA
Camara Municipal de Santa Cruz do
Rio Pardo em 24/09/87
OLG. MAJONE
DIRETOR DO EXPEDIENTE

SANTA CRUZ DO RIO PARDO

Projeto de Lei N.º 21 de 24 de setembro de 1987
Projeto de Resolução N.º de de de 19

APROVADO em 1.ª votação em

PRIMEIRA AS COMISSOES CONFEREM
PARA OS DEVIDOS PARECERES

Sala Vinte de Janeiro, 05 de Setembro de 1987

APROVADO em 2.ª votação em

[Signature]
PRESIDENTE
[Signature]
1.º SECRETARIO

APROVADO em Redação Final em

OBSERVAÇÕES: "Autoriza convênio com
Governo do Estado, para municipalização
da Saúde"

APROVADO
SALA VINTE DE JANEIRO
05/11/1987
[Signature]
PRESIDENTE
[Signature]
1.º SECRETARIO



Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo

ESTADO DE SÃO PAULO

GABINETE DO PREFEITO

Em 17 de Setembro de 1987

Ofício n.º 1.101/87

Objeto: mensagem.

Senhor Presidente


Senhores Vereadores

Nesta oportunidade, encaminho a Vossa Excelência o incluso projeto de lei que visa autorizar o Executivo a celebrar convênio com o Governo do Estado, para a municipalização da saúde.

Em anexo, todas as instruções para apreciação dos nobres Vereadores, sendo portanto, desnecessário entrar em maiores detalhes.

Valho-me da oportunidade para renovar-lhes os protestos da mais alta estima e distinta consideração.

Atenciosamente,


ONOFRE ROSA DE OLIVEIRA

Prefeito Municipal

Exmo. Senhor

LUIZ ANTONIO TAVARES

DD. Presidente da Câmara Municipal

Nesta



Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo
ESTADO DE SÃO PAULO

PROJETO DE LEI Nº ____, DE ____ DE _____ DE 1987

= Autoriza convênio com Governo do
Estado, para municipalização da
Saúde =

=====

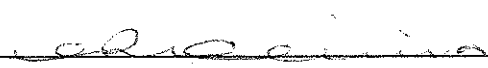
ONOFRE ROSA DE OLIVEIRA, Prefeito Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte LEI :

Artigo 1º - Fica a Prefeitura Municipal autorizada a programar, elaborar plano de operacionalização e cronograma de aplicação de recursos, em conjunto com os organismos próprios do Governo do Estado, e fazer convênio para a Municipalização da Saúde.

Artigo 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, aos ____ de ____
_____ de 1987.



ONOFRE ROSA DE OLIVEIRA

Prefeito Municipal



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

São Paulo, 19 de julho de 1987.

Of. Circular GS nº 32/87

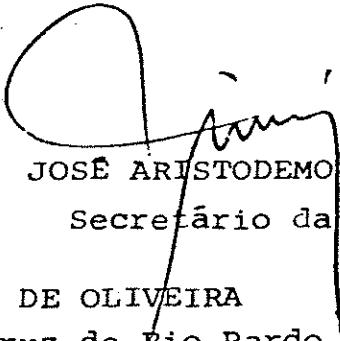
Senhor Prefeito.

Como é do conhecimento de Vossa Senhoria, o Excelentíssimo Senhor Governador do Estado, Dr. Orestes Quêrcia, assinou um decreto, determinando ao Secretário o desencadeamento do processo de Municipalização da Atenção Primária de Saúde no Estado de São Paulo. Para tanto, delegou ao Secretário autorização para estabelecer convênios com os municípios, nos termos que fazem parte integrante do decreto, cuja cópia segue anexa.

A fim de que seu município possa participar desse processo, que é do interesse também de todo o Estado e do país, Vossa Senhoria deverá manter contacto com o Diretor do Escritório Regional de Saúde de sua região. Ele o estará aguardando convenientemente instruído para, em conjunto, elaborarem o plano de saúde do seu município, o qual constituirá a base para assinatura do convênio.

Montamos, a nível central de Secretaria, um Escritório de Municipalização, sob a direção do Prof. Nelson Rodrigues dos Santos, que estará a sua inteira disposição, assim como do ERSA dessa região, no caso de dúvidas.

Contando que seu Município possa brevemente realizar a municipalização de saúde, aproveito a oportunidade para reafirmar a Vossa Senhoria minha total confiança.


JOSE ARISTODEMO PINOTTI
Secretário da Saúde

Excelentíssimo Senhor ONOFRE ROSA DE OLIVEIRA
DD. Prefeito Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo

/amm

DECRETO N.º 27.140, DE 30 DE JUNHO DE 1987

Autoriza a celebração de convênios e termos aditivos com os Municípios, objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no Município, e dá providências correlatas

ORESTES QUÉRCIA, Governador do Estado de São Paulo, no uso das atribuições previstas no artigo 34, incisos XVI e XXV, e no artigo 136 da Constituição do Estado,

considerando ser imprescindível a elevação do nível de resolutividade dos serviços de saúde prestados à população;

considerando que a obtenção do máximo rendimento dos gastos públicos é um dos compromissos fundamentais da Administração;

considerando, ainda, que sendo a população destinatária e também financiadora do sistema de saúde, a ela cabe, igualmente, o controle dos resultados do sistema; e

considerando, finalmente, a necessidade de se estabelecerem, nos convênios com os Municípios, normas básicas para execução dos serviços de saúde, tendo em vista o fortalecimento do processo de municipalização desses serviços,

Decreta:

Artigo 1.º — Fica o Secretário da Saúde autorizado a celebrar, com os Municípios, convênios e termos aditivos que objetivem implementar a integração dos serviços de saúde localizados no Município, propiciando a extensão do seu atendimento e a elevação de sua qualidade, tendo em vista o fortalecimento do processo de municipalização desses serviços, bem como denunciar, resolver e rescindir os convênios e termos aditivos firmados.

§ 1.º — A integração dos serviços de saúde será consubstanciada em Plano de Operacionalização apresentado pelo Município e que satisfaça aos requisitos constantes de resolução secretarial.

§ 2.º — O convênio do Estado com o Município observará, necessariamente, os preceitos das Ações Integradas de Saúde e as disposições do Compromisso Interinstitucional celebrado, em 21 de maio de 1987, entre o Ministério da Previdência e Assistência Social — INAMPS e o Estado de São Paulo — Secretaria da Saúde, com a interveniência do Ministério da Saúde.

§ 3.º — O termo de convênio obedecerá ao modelo constante do anexo deste decreto, observadas as peculiaridades de cada Município.

§ 4.º — Os termos aditivos e alterações que impliquem aumento de despesa dependerão de prévia autorização do Governador do Estado.

Artigo 2.º — O Município que celebrar convênio com o Estado, nos termos do artigo 1.º, contribuirá com uma contrapartida correspondente a percentual das despesas globais previstas no Plano de Operacionalização integrante do convênio.

Artigo 3.º — A Secretaria da Saúde estabelecerá mecanismos de avaliação de desempenho para aferir a adequada execução das atividades previstas no convênio.

Artigo 4.º — Poderão ser afastados funcionários e servidores públicos estaduais para prestação no Município, de serviços relacionados exclusivamente com o objeto do convênio celebrado, sem prejuízo de todos os direitos e vantagens previstos na legislação específica.

Parágrafo Único — Os afastamentos de que trata este artigo serão autorizados, em cada convênio, pelo Secretário da Saúde.

Artigo 5.º — As despesas decorrentes dos convênios de que trata este decreto correrão à conta de dotações consignadas em Orçamento, suplementadas nos termos da legislação em vigor.

Artigo 6.º — O prazo de vigência do convênio com o Município não poderá exceder o limite de 5 (cinco) anos, contados da lavratura do respectivo instrumento.

Artigo 7.º — O Secretário da Saúde baixará normas complementares para execução deste decreto.

Artigo 8.º — Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 30 de junho de 1987.

ORESTES QUÉRCIA

ANEXO DO DECRETO N.º DE CONVENIO DE MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

"Convênio celebrado entre o Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado da Saúde, e o Município de , com interveniência do Inamps, objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no Município, propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e o fortalecimento do processo de municipalização"

O Estado de São Paulo, por sua Secretaria da Saúde, doravante denominada "Secretaria", neste ato representada por seu titular, Doutor , devidamente autorizado pelo Governador do Estado nos termos do Decreto n.º , de de de 1987, e o Município de , doravante denominado "Município", representado pelo Prefeito Municipal, Senhor , autorizado pela Lei Municipal n.º de de de com a interveniência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), neste ato representado por , firmam o presente "Convênio de Municipalização dos Serviços de Saúde", que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA I

Do Objeto

Este convênio tem por objeto imediato estabelecer as normas dos serviços de saúde no Município, com observância da política e das diretrizes e normas das Ações Integradas de Saúde — AIS, em especial do Convênio 07/83 e seus Termos Aditivos e Termos de Adesão, bem como das disposições do Compromisso Interinstitucional celebrado em 21-5-87, entre o MPAS — Inamps e o Estado de São Paulo — Secretaria da Saúde, com a interveniência do Ministério da Saúde, e cujos textos, por cópia, fazem parte integrante deste convênio.

Decorrentemente, constitui objeto mediato do convênio o afastamento de servidores estaduais junto ao Município, exclusivamente para prestarem serviços na área de saúde objeto do acordo, e a permissão de uso de bens móveis e imóveis do Estado para os mesmos fins, a se proceder na forma do artigo 22, inciso I, da Lei Complementar n.º 478, de 18 de julho de 1986.

O convênio visa assegurar:

1. O aprofundamento da integração dos serviços e instituições de saúde no Município;
2. O aumento da eficácia e resolutividade da produção dos serviços de saúde;
3. A obtenção do máximo rendimento dos gastos públicos com saúde e a adequada avaliação dos resultados;
4. A integração da ação primária do sistema unificado de saúde dentro dos princípios básicos de regionalização de referência e contra-referência e implementação de ações de distinta complexidade, em diferentes níveis do sistema;
5. O oferecimento de melhores condições de controle do sistema pela população;
6. A melhoria geral dos padrões de saúde do Município;
7. A implementação ampla e eficiente dos programas prioritários da Secretaria adequada às realidades epidemiológicas de cada Município e região;
8. A descentralização da execução de atividades;
9. A integração da medicina curativa, preventiva e funcional;
10. A configuração da unidade político-funcional do sistema, através de Planos Municipais de Operacionalização, conceitualmente únicos e dinâmicos.

CLÁUSULA II

Das Obrigações dos Partícipes

Para alcançar os objetivos acima propostos, a Secretaria e o Município assumirão as seguintes obrigações:

A. Obrigações Comuns

1. Garantir, à população do Município, o direito igual à saúde, com padrões adequados de qualidade e eficiência dos serviços e fácil acesso a eles;

2. Garantir atenção integral à saúde, consistente na oferta integral de cuidados preventivos e curativos;

3. Assegurar a participação efetiva da Secretaria e do Município nas instâncias dos órgãos colegiados das Ações Integradas de Saúde;

4. Garantir insumos básicos, principalmente imunobiológicos e medicamentos básicos em toda a rede de serviços;

5. Proporcionar, reciprocamente, facilidade para:

- adequada execução do convênio;
- fluxo de dados e informações;
- apoio dos Partícipes na utilização recíproca de recursos físicos, financeiros, humanos e materiais disponíveis;

- melhoria e integração do processo de planejamento dos serviços de saúde;

- concepção e implantação de programa de desenvolvimento de recursos humanos (capacitação, treinamento, aperfeiçoamento, critérios de seleção, quadro de pessoal, carreiras, equiparação salarial etc.);

6. Acompanhar, supervisionar e avaliar a execução do convênio;

7. Realizar estudos visando à uniformização dos conteúdos ocupacionais e das denominações das funções, bem como o estabelecimento de perfis ocupacionais compatíveis com o setor de saúde e as especificidades que o informam;

8. Garantir as contrapartidas financeiras federais, estaduais e municipais, necessárias à ampliação da rede física e sua plena ocupação com equipamentos e medicamentos básicos padronizados e módulos de pessoal mínimo, em função de metas de cobertura, concentração e resolutividade definidas pelos Partícipes, conforme explicitado no Plano de Operacionalização referido na Cláusula III.

B. Obrigações da Secretaria

9. Permitir ao Município o uso de imóveis, instalações e equipamentos das unidades de serviços de saúde, pelo prazo de duração do convênio, ressalvado o disposto na Cláusula VIII, responsabilizando-se, quando for o caso, pelo pagamento de alugueis, contratos de manutenção de equipamentos, inclusive reposições e outros encargos existentes;

10. Colocar à disposição do Município, mediante afastamento junto à Prefeitura Municipal e pelo prazo de duração do convênio, ressalvado o disposto na Cláusula VIII, os funcionários e servidores em exercício nas unidades locais, na forma que vier a ser acordada entre os Partícipes, respeitando-se todos os direitos e vantagens a eles assegurados na legislação estadual específica e na CLT e reservando-se ao Município o direito, quando ratificado pela CIMS, de não se interessar por servidor do Estado, seja no ato da assinatura do convênio ou no decorrer da sua execução;

11. Assegurar recursos orçamentários e financeiros para reposição do pessoal colocado à disposição do Município;

12. Assegurar apoio técnico e administrativo das unidades competentes da Secretaria às atividades referentes aos sistemas de administração financeira, de pessoal, de material e demais serviços administrativos;

13. Destinar, segundo cronograma de desembolso estabelecido, os recursos financeiros previstos no Plano de Operacionalização referido na Cláusula III;

14. Reservar, em seu orçamento, para os exercícios subsequentes, os recursos para atender às despesas decorrentes deste convênio;

15. Garantir o apoio técnico do Escritório Regional de Saúde a todas as ações de saúde, incluindo as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento do meio, controle de endemias e treinamento de pessoal, que vierem a ser desenvolvidas pelo Município;

16. Elaborar diretrizes, normas técnicas e procedimentos para as ações de saúde, de acordo com os programas prioritários da Secretaria e as características do Município, em conjunto com o órgão municipal de Saúde;

17. Gerenciar o sistema estadual de informações de saúde;

18. Garantir ao Município a transferência dos recursos previstos no Plano de Operacionalização, provenientes do Convênio 07/83-AIS, seus Termos Aditivos ou Termos de Adesão, ou instrumentos sucessores;

19. Tendo em conta as resoluções pertinentes da CIPLAN e o Compromisso Interinstitucional MPAS/Estado de São Paulo, celebrado em 21-5-87, atribuído às CRIS e CIMS, nos limites definidos pela CIMS, competência para:

a) analisar permanentemente o diagnóstico da oferta de serviços de saúde e a alocação do Plano de Operacionalização às prioridades da demanda, ditadas pelo perfil regional e local da morbimortalidade;

C. Obrigações do Município

20. Definir o órgão municipal de saúde responsável pela execução do convênio;

21. Administrar, de acordo com o Plano de Operacionalização, a rede de serviços de saúde, no Município, segundo orientação técnica referida na Cláusula II, item 16;

22. Proceder à reposição de pessoal de que trata o item 11;

23. Garantir pessoal mediante novas admissões, observadas as disposições legais e regulamentares pertinentes;

24. Responsabilizar-se pela manutenção das unidades, bem como pelas despesas de custeio nos limites do Plano de Operacionalização;

25. Criar os instrumentos legais e regulamentares necessários à execução deste convênio;

26. Treinar pessoal em conjunto com o ERSB, de acordo com programas prioritários da Secretaria;

27. Aplicar, no âmbito de suas atribuições, os recursos estaduais e municipais alocados para execução deste convênio, de conformidade com o Plano de Operacionalização;

28. Destinar os recursos financeiros previstos no Plano de Operacionalização, segundo o cronograma de desembolso estabelecido;

29. Reservar, em seu orçamento, para os exercícios subsequentes, os recursos necessários para atender às despesas decorrentes deste convênio;

30. Rever, de comum acordo com a Secretaria, a transferência dos recursos provenientes do Convênio 07/83-AIS referidos no item 18 sempre que o serviço de saúde municipalizado contar com pessoal contratado pela Secretaria em regime CLT-AIS;

31. Recolher, ao Tesouro do Estado, as importâncias não empenhadas até o final do exercício, destinadas pela Secretaria a este Convênio;

32. Prestar contas, à Secretaria da Saúde, dos serviços, atividades e despesas realizadas, observado o disposto na Cláusula IV, n.º 3, § 3.º;

33. Restituir ao Estado, incontinenti, nos casos de denúncia, vencimento do prazo avençado, rescisão ou resolução, os bens que, por permissão de uso, lhes tenha sido entregues, sob pena de reintegração liminar, sem prejuízo da composição por perdas e danos.

CLÁUSULA III

Da Execução

O Convênio será executado em estrita obediência ao Plano de Operacionalização, que o integra e constitui o instrumento único de Programação e Orçamento Integrada no Município, aprovado pela CIMS e CRIS, e às normas baixadas pelo Secretário da Saúde, nos termos do artigo do Decreto /1987.

CLÁUSULA IV

Dos Recursos Financeiros

1. Serão destinados para a execução do presente convênio recursos financeiros no valor de Cz\$.

2. Os recursos do Estado, no valor de Cz\$ no exercício de , onerarão a Classificação Econômica , Classificação Funcional-Programática , Código Local.

3. Os recursos do Município, no exercício de , no valor de Cz\$, onerarão a Classificação Econômica , Classificação Funcional Programática , Código Local.

§ 1.º — Os recursos do Estado e do Município serão de execução direta pelo órgão de saúde do Município. Deverão, todavia, ser depositados na Agência local do Banespa, em conta especial do convênio.

§ 2.º — Em exercícios futuros correrá a despesa à conta das dotações próprias dos respectivos orçamentos.

§ 3.º — A prestação de contas dos recursos financeiros deverá ser feita nos moldes exigidos pelo Tribunal de Contas do Estado.

§ 4.º — A Secretaria e o Município poderão, dentro de suas possibilidades e de acordo com as necessidades do Plano de Operacionalização suplementar a verba dotada.

CLÁUSULA V

Do Clício de Reajuste

1139

CLÁUSULA VI

Da Proibição de Obrigações Coligadas

Fica vedado ao Município firmar acordos, ajustes, contratos, convênios ou quaisquer obrigações coligadas ao presente convênio, não previstas no Projeto de Operacionalização e neste instrumento.

CLÁUSULA VII

Das Alterações

O presente convênio poderá ser alterado mediante termos aditivos, tendo em vista a conveniência e o interesse dos Partícipes.

§ único — Os termos aditivos e alterações que impliquem aumento de despesa dependerão de prévia autorização do Governador do Estado.

CLÁUSULA VIII

Da Vigência, Denúncia, Rescisão e Resolução

1. O presente convênio vigorará pelo prazo de a partir de sua assinatura, prorrogável, automática e sucessivamente, por iguais períodos, até o limite de 5 (cinco) anos.

2. O convênio poderá ser desfeito, durante o prazo de vigência, por mútuo consentimento dos Partícipes ou denúncia de qualquer deles, por desinteresses, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

3. O convênio poderá ser rescindido, por infração legal ou convencional, respondendo, pelas perdas e danos, o Partícipe que lhes der causa.

4. O Secretário da Saúde e o Prefeito Municipal são autoridades competentes para denunciar, resolver ou rescindir este convênio.

CLÁUSULA IX

Dos Convênios em vigor

A partir desta data, cessam os efeitos do(s) convênio(s) existente(s) entre a Secretaria da Saúde e o Município de , celebrado(s) em

CLÁUSULA X

Da Publicação

O presente convênio será publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA XI

Do Foro

Fica eleito o foro da Capital de São Paulo para dirimir as dúvidas oriundas deste convênio e que não forem resolvidas por comum acordo dos Partícipes.

CLÁUSULA XII

Disposição Final

O convênio será firmado também por um agente local do Governo, designado pelo Governador do Estado.

E, por estarem de acordo, firmam o presente convênio em vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

SECRETÁRIO DE ESTADO
PREFEITO MUNICIPAL
AGENTE LOCAL DO GOVERNO
TESTEMUNHAS

- 1.
- 2.

MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

A municipalização dos serviços básicos de saúde é parte de um processo maior, o da descentralização, que visa fazer com que as responsabilidades de planejamento e decisão se aproximem cada vez mais dos locais em que os serviços de saúde são prestados à população. Na área de saúde, a descentralização é a estratégia-base da organização do Sistema Unificado de Saúde.

ANTECEDENTES

Desde a década de 1970 já se observa em vários Municípios do Estado de São Paulo, principalmente nos de maior porte, a implantação de rede básica de serviços de saúde. Essa rede se caracteriza, desde o início, por localizar-se nas áreas mais carentes e também por incorporar, ao lado das ações tradicionais de prevenção e promoção de saúde, ações de assistência médica,

Essas características distinguem as redes municipais da rede de Centros de Saúde do Estado, onde a questão da assistência médica não era considerada como "problema de saúde pública", dentro dos moldes convencionais e preventivistas da Saúde Pública. A postura das redes municipais mostrou, porém, que, ao contrário, a prestação simultânea e integrada dos serviços convencionais de "saúde

pública" com a assistência médica integral. é potencializadora de ambas e responde às reais necessidades da população.

Essa expansão das redes municipais foi acompanhada de inúmeros encontros para troca de experiências, inclusive com Municípios de outros Estados.

Por outro lado, essa expansão demonstrou a maior sensibilidade e resposta mais rápida do poder municipal às necessidades de saúde da população mais carente.

Em 23/09/83, o Decreto Governamental 21.415 definiu, a partir da demanda de Prefeituras de menor porte, um tipo de convênio visando, como objetivo geral, a integração dos serviços de saúde a nível do Município e, como objetivo específico, a transferência de recursos financeiros do Estado às Prefeituras para que estas contratassem e fixassem médicos na cidade.

Foram assinados convênios com cerca de 450 Municípios, sendo que no caso de 250 deles com repasse de recursos financeiros para a contratação de médicos. A resposta foi imediata: aumentou a resolutividade da rede, reformaram-se e ampliaram-se unidades de saúde, a Prefeitura investiu e contratou mais pessoal.

As antigas unidades da Secretaria de Estado da Saúde, assim transferidas para a administração municipal, se transformaram em serviços de saúde com características

2

Inteiramente novas, incorporando a assistência médica, com serviço de Pronto Atendimento, e cerca de 50 delas rapidamente se tornaram Unidades Mistas.

Essas modificações se aceleraram com a assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), inicialmente entre a Secretaria da Saúde e Municípios da Grande São Paulo, e, posteriormente, em 1986, se estendendo para cerca de 520 Municípios. As Ações Integradas de Saúde passaram a ser a estratégia fundamental para a integração de serviços, na medida em que se criaram comissões Interinstitucionais, agora com participação do INAMPS. As Comissões Interinstitucionais Municipais, a nível dos Municípios, passaram a ter importante papel substituindo os antigos conselhos Secretaria da Saúde/Município.

A consequência mais visível desse processo foi a grande expansão e a melhoria da resolutividade da rede municipal.

Também neste período foram construídos, equipados e transferidos para as administrações municipais 44 Centros de Saúde da Região da Grande São Paulo. Os investimentos da Secretaria da Saúde na rede física e em equipamentos passaram a se caracterizar cada vez mais como expansão da rede municipal de serviços de saúde e não mais como expansão da rede própria.

Finalmente, o processo de descentralização da máquina administrativa estadual aproximou a Instância de gerência da Secretaria da Saúde dos Municípios, com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs).

O programa de municipalização dos serviços básicos de saúde não foi uma proposta simplesmente de "modernização administrativa" ou de "transferência de competências". Tratou-se de um processo social amplo que teve início com a emergência de lideranças municipais e que se inseriu nas propostas do movimento municipalista de democratização da sociedade com o fortalecimento do poder local.

Hoje ele se define como programa prioritário de Governo com o objetivo de, a partir das experiências existentes, induzir uma mudança qualitativa dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, tornando irreversível o processo de municipalização, com repercussões significativas no nível de saúde da população.

OBJETIVOS

-- Efetivar a elevação da eficácia e resolutividade dos serviços de saúde, para atingir significativa redução nos índices de morbi-mortalidade, dentro dos limites de intervenção do Setor Saúde.

-- Obter o máximo rendimento e eficiência dos gastos públicos com saúde e a necessária avaliação objetiva dos benefícios.

-- Configurar a unidade político-administrativa final do sistema (a "ponta"), quanto ao seu território, distribuição da população e quadro institucional de saúde, nos vários graus de complexidade dos serviços prestados, especialmente nos níveis primário e secundário. (Essa "ponta", no caso dos Municípios menores, pode ser uma micro-região ou Distrito de Saúde),

-- Submeter a oferta dos serviços de saúde a programações de atividades, segundo as características epidemiológicas regionais e prioridades de intervenção na promoção, proteção e recuperação da saúde.

-- Redistribuir as responsabilidades e decisões político-administrativas e burocráticas da Superintendência Regional do INAMPS e da Secretaria da Saúde.

-- Desenvolver melhores condições para o controle do sistema pela população.

A municipalização, assim delineada, exige esforços de implementação, desde já, tendo em vista que a sua plenitude e consolidação se darão com a implantação de novo sistema tributário no país.

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS

A municipalização é um processo bilateral: transferências de competências e recursos por parte da Secretaria da Saúde e do INAMPS, atuando de maneira coordenada e de forma unitária, e reforço das contrapartidas municipais por parte das Prefeituras.

Quanto às Transferências

-- Ao Nível dos Serviços Básicos de Saúde

Transferência da rede estadual de unidades de saúde e dos Postos de Atendimento Médico gerais às Prefeituras Municipais. As Comissões Interinstitucionais Municipais terão pela frente um papel mais qualitativo na articulação dos vários níveis de complexidade dos serviços, a nível municipal, e responsabilidade pela definição de metas de cobertura e concentração dos serviços básicos de saúde a serem prestados para toda a população, de modo universalizado e integralizado.

-- Ao Nível dos Serviços de Complexidade Secundária

Transferência aos Escritórios Regionais de Saúde, ou a Municípios de maior porte, ou a consórcios municipais, de:

. Postos de Atendimento Médico especializados

. Hospitais Gerais micro-regionais

. Laboratórios públicos (Regionais do Instituto Adolfo Lutz, próprios do INAMPS, etc.)

Criação nos Escritórios Regionais de Saúde, ou em Municípios de maior porte, ou em consórcios municipais, de:

. Núcleos micro-regionais de Informação em Saúde, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária

. Serviços conjuntos de normatização e supervisão, para definir inclusive critérios de cobertura e concentração dos programas prioritários

. Serviços de compras e abastecimento de certos materiais de consumo, principalmente medicamentos básicos

. Programas de acompanhamento e assessoria no desenvolvimento de Recursos Humanos (recrutamento, seleção, capacitação, carreiras, etc.)

As Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS) terão pela frente um papel mais quantitativo na articulação das Prefeituras da micro-região e das instituições responsáveis pelo grau secundário de complexidade.

-- Recursos a Serem Transferidos

. Rede física e equipamentos -- cessão ou patrimonialização às Prefeituras

. Pessoal -- cessão, alocação ou comissionamento às Prefeituras, com preservação de todos os direitos trabalhistas da vinculação ao Estado. (A gerência desse pessoal será transferida às Prefeituras e a sua reposição será da responsabilidade municipal).

. Infra-estrutura administrativa (incluindo "know how" de administração financeira, pessoal e material) -- transferência às Prefeituras.

. Recursos financeiros correspondentes ao atual custeio operacional da rede de serviços (rede física, equipamentos, materiais de consumo e pessoal) -- transferência às Prefeituras.

. Recursos financeiros adicionais, necessários para complementação de equipamentos mínimos, reforma e ampliação de unidades muito pequenas, inclusive as doadas por órgãos filantrópicos e outros, contratação de pessoal, segundo módulos e equipes mínimas a serem definidos pelas Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde e Comissões Interinstitucionais Municipais, sob coordenação dos Escritórios Regionais de Saúde e Prefeituras.

A fonte dos recursos financeiros adicionais será tanto o INAMPS, através de repasses, mesmo sem a produção correspondente, como a Secretaria da Saúde. Esses recursos fluirão dentro da programação integrada. Incluem-se nos

recursos da Secretaria da Saúde aqueles repassados pelo Ministério da Saúde.

Além dessas medidas, deverão ser tomadas ainda as seguintes:

. Os programas de suplementação alimentar deverão ser municipalizados mediante normatização a ser definida pelas Secretarias da Saúde, da Agricultura e do Abastecimento, e de transferências financeiras das duas últimas às Prefeituras.

. A assistência à saúde do escolar deverá ser municipalizada, através da municipalização do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), recentemente transferido para a Secretaria da Saúde. Essa iniciativa deverá produzir, além da transferência dos seus recursos materiais, humanos e financeiros, devendo, porém, estar condicionada à reprogramação e racionalização de suas atividades, por complexidades crescentes, e ao maior controle da relação custo/benefício em seus serviços.

Quanto às Contrapartidas Municipais

-- Não retração da fatia orçamentária municipal destinada à saúde e sua progressiva elevação, dentro das possibilidades reais. No caso de uma participação percentual abaixo de 5% deve ser promovida sua imediata elevação.

-- Assinatura do Termo de Adesão das Ações Integradas de Saúde e compromisso, expresso em cláusulas do Convênio de Municipalização, com a regionalização, hierarquização, integração e universalização da clientela.

-- Concordância com as diretrizes e normas técnico-científicas e administrativas dos programas prioritários de saúde, definidas pelo Estado no âmbito das realidades estaduais, pela Região no âmbito das realidades regionais e pelo Município, no âmbito das realidades municipais.

Quanto à Condução do Processo

-- Elaboração de Termo de Convênio de Municipalização.

-- Definição pela Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS/AIS), já com representação do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde, de um cronograma de implementação do processo, aplicando os seguintes critérios:

- . Opção do Poder Municipal
- . Experiência do Município com serviços básicos de saúde.
- . Percentual do orçamento do Município já destinado à saúde (preferentemente acima de 5%).

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE (1)

3

O atraso social do país é mais visível nas áreas de educação e moradia, porém mais profundo no campo de saúde. A população percebe com maior facilidade suas insuficiências habitacionais e educacionais e com menos evidência suas necessidades e direitos em saúde, deixando de exigir um melhor atendimento nesta área por desconhecer o significado mais abrangente da palavra, confundindo-a com atendimento emergencial em casos de dor e sofrimento, que ocorrem, em geral, no final de um processo que poderia ser bloqueado no início se tivéssemos um sistema de saúde mais organizado.

A mortalidade materna no país é, no mínimo, vinte vezes superior à dos países desenvolvidos e até mesmo dos subdesenvolvidos com sistemas de saúde eficientes; a mortalidade infantil é, pelo menos, dez vezes superior. A causa mais frequente de mortalidade por neoplasia nas mulheres brasileiras é ainda o câncer do colo do útero, praticamente banido como causador de óbitos nos países desenvolvidos. Compõe-se assim um quadro de saúde que combina as grandes incidências dos países desenvolvidos com as dos países subdesenvolvidos e convive-se com o paradoxo de uma renda "per capita" de 2.300 dólares e condições de

saúde frequentemente piores do que as de países com renda "per capita" de 400 dólares.

O sistema de saúde brasileiro praticamente inexistente. Desorganizado, não apresenta os requisitos mínimos de regionalização, de referência e contra-referência, e de hierarquização de ações por níveis de atendimento. Importamos tecnologias de saúde caras mas não temos a mínima condição de manter os equipamentos, que se encontram, em sua maioria, em reparo, depreciados ou encaixotados nos porões dos hospitais.

O SIGNIFICADO REAL DA MUNICIPALIZAÇÃO

É claro que uma situação tão complexa e dramática não poderá ser resolvida por um passe de mágica, mesmo que ele tenha a marca da municipalização. Mas nem por isso podemos deixar de reconhecer que a transferência de competência para o município, no que diz respeito à atenção primária, é uma peça fundamental para a organização de um sistema unificado e integrado de saúde, sem o qual será absolutamente impossível resolver os graves problemas acima apontados. Significa, além disso, um comando único na execução do programa de saúde a nível da atenção primária nos municípios, acabando com o processo esdrúxulo e ineficiente de se ter em cada um deles cinco ou seis

entidades tentando fazer as mesmas coisas pelas mesmas pessoas. Municipalização significa, também, o repasse aos municípios dos recursos necessários para exercerem essa responsabilidade.

Ao transferir-se a atenção primária para o nível municipal, é preciso que se tenha uma visão clara e consensual do que ela seja, pois é frequentemente confundida - e esta é uma das principais razões da falta de credibilidade da população em relação aos postos de saúde - com medicina preventiva. O conceito de atenção primária não tem origem na dicotomia entre medicina preventiva e curativa, mas na necessidade de hierarquização das complexas ações de saúde, conferindo ao atendimento médico uma característica integrada. Em outras palavras, a atenção primária congrega tudo aquilo que pode ser resolvido por meio de ações mais simples e de fácil acesso à população em termos de promoção de saúde, prevenção, cura e reabilitação. Sabe-se, hoje, que cerca de 85% dos problemas podem ser resolvidos nesse nível, desde que minimamente aparelhado e preenchido por profissionais capacitados.

A atenção primária no país não tem merecido credibilidade por parte da população não só porque tem sido confundida com medicina preventiva (boa parte dos centros de saúde tem exercido apenas e muito precariamente essa função), mas também por não conferir terminalidade ao ato médico, servindo apenas como um local onde o paciente é

solicitado a procurar um nível mais complexo do sistema, ao qual passa a recorrer diretamente para obter uma resposta mais eficiente às suas necessidades. Cai assim numa malha de especialidades que pode até resolver seu problema mas dificilmente encara-o como um ser integral, deixando de atendê-lo de forma contínua e abrangente.

Em recente levantamento realizado nos centros de saúde de São Paulo, verificamos que a média de consultas diárias girava em torno de trinta, rendimento baixíssimo que demonstra a ociosidade da atenção primária no Estado e a descrença da população nesse serviço.

JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

Secretário de Estado da Saúde

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE (II)

Uma vantagem da municipalização da saúde é administrativa, colocando-se, de forma centralizada, a responsabilidade pela execução das ações de saúde nas mãos das autoridades municipais. Não existe outra forma de obter-se um mínimo de eficiência. As comissões regionais e

municipais devem, obviamente, continuar exercendo a função de estabelecer e adequar normas para o sistema, o mesmo ocorrendo com os programas da Secretaria da Saúde.

Outra vantagem é o fato de propiciar um controle social mais eficaz. É impossível ao usuário de uma cidade longínqua do interior de São Paulo ou de qualquer outro estado brasileiro levar críticas e sugestões à Secretaria de Saúde, localizada na capital do Estado, o que não ocorre se a responsabilidade administrativa estiver descentralizada. Neste caso, o usuário tem toda chance de encaminhar suas divergências aos prefeitos e vereadores que eventualmente elegeu ou elegerá nas próximas eleições.

Um aspecto positivo da assunção local da responsabilidade pela atenção primária é o respeito à tradição cultural e sanitária do município, bem como a adaptação do serviço às características epidemiológicas locais. Nenhum país, muito menos o Brasil, apresenta características de saúde homogêneas e as diferenças epidemiológicas dependem de inúmeras variáveis peculiares a cada município. Nesse sentido, somente autoridades de saúde conhecedoras dessas peculiaridades é que podem definir com eficiência políticas municipais de saúde.

Um trabalho elaborado para a área metropolitana de São Paulo pela geógrafa Helena Sobral, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, demonstra a grande variabilidade de causas e incidências de morbidade e

mortalidade. Em algumas regiões da área a primeira causa de morte é o câncer, em outras as diarreias infantis e a violência, mostrando claramente que para cada localidade é necessária uma abordagem específica, dando-se prioridade às questões que mais afetam a morbidade e a mortalidade. Somente a autoridade pode captar corretamente não só as diferenças como as formas de abordá-las, uma vez que as condições à disposição dos municípios para a solução desses problemas são extremamente variáveis. O respeito à tradição sanitária do município é fundamental, pois não se organiza um sistema de saúde eficiente se não se conhece o fluxo dos doentes, as práticas tradicionais, que variam de região para região, e os profissionais de saúde, para que possam ser inseridos nos lugares apropriados.

Finalmente, uma vantagem importante da municipalização reside na integração entre o sanitarismo e a medicina assistencial. Não se pode fazer saúde neste país sem integrar tais práticas no mesmo ato médico. A dicotomia existe apenas no discurso teórico dos que nunca praticaram medicina e muito menos saúde pública. Não há qualquer possibilidade de separar assistência de prevenção e promoção da saúde. Entre outras razões, porque somente os que conhecem a história natural das doenças é que sabem como preveni-las ou detectá-las precocemente. Portanto, a integração não deve ser realizada apenas no paciente mas também no conhecimento dos profissionais de saúde. Os centros de saúde municipais que cresceram sob o estímulo da

necessidade e foram organizados pela sensibilidade das autoridades locais, acabaram por integrar essas ações de uma forma muito mais convincente do que os centros de saúde estaduais - ao menos no que diz respeito ao Estado de São Paulo -, que se apegaram ao sanitarismo puro, incapacitando-se para resolver os problemas de saúde da população e perdendo assim a credibilidade.

JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

Secretário de Estado da Saúde

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE (III)

É importante ressaltar que o processo de municipalização não terá impacto sobre as questões de saúde se não estabelecer-se uma série de pré-requisitos fundamentais, como é o caso da referência e contra-referência. As ações de saúde no Brasil caracterizam-se por serem episódicas, não havendo continuidade na atenção ao paciente. Dessa forma, a única maneira de conseguir-se um atendimento contínuo, condição "sine qua non" para a proteção da saúde da população, é que os pacientes sejam

convenientemente referidos de um nível a outro do sistema quando necessário, ou seja, atendidos por autoridades de saúde locais e enviados a outro nível com uma referência por escrito, uma espécie de relatório ao serviço médico receptor.

Uma atenção primária minimamente eficiente confere de 80 a 90% de terminalidade e resolubilidade às ações de saúde. Entretanto, não terá credibilidade se não puder referir de maneira simples aos níveis superiores do sistema e, tampouco, se não receber os doentes de volta com um pequeno relatório sobre ocorrências a nível secundário ou terciário. Por estranho que pareça, o processo de referência e contra-referência deverá, de alguma maneira, tornar-se obrigatório nas duas direções, devendo começar de cima para baixo, dos níveis superiores aos inferiores do sistema, demonstrando-se assim, num ato pedagógico, o apreço que se tem pela atenção primária.

Outro pré-requisito da municipalização é a educação em saúde. O ato médico nunca será completo se o paciente não for convenientemente informado sobre seu problema e as soluções adotadas.

Um requisito básico é o repasse para os municípios dos recursos disponíveis nas áreas estadual e federal. Isto porque, ao implantar-se um programa de saúde de intervenção epidemiológica baseado nas reais necessidades da população e acoplado a um projeto integrado e simplificado de ações

preventivas e curativas, levanta-se uma demanda potencial que exigirá despesas crescentes.

Tem-se, finalmente, a questão da isonomia salarial. Não se pode colocar num mesmo território e sob uma mesma chefia funcionários que ganham salários diferentes. O processo de municipalização envolve a padronização dos salários pelos níveis mais altos da região. Isto não significa que se deva nivelar o salário em todo o Estado, pelo contrário, devemos admitir a heterogeneidade salarial, embora garantindo sua homogeneidade em cada categoria profissional no mesmo município. É evidente que os municípios terão uma política salarial de acordo com sua situação econômica, podendo estabelecer-se uma competição sadia que permitirá aos municípios menores obter recursos para a saúde que até então se fixavam nos maiores.

Por tudo isso, pode-se concluir que o processo de municipalização é absolutamente necessário e complexo, embora não esgote a necessidade de reformulação do sistema de saúde do país. No entanto, é preciso iniciá-lo, tomando-se o cuidado de respeitar a cultura e as condições de saúde, os equipamentos e recursos humanos locais. Sua implantação deve resultar de um intenso diálogo entre o município e as autoridades de saúde estaduais e federais, merecendo cada caso um tipo de convênio especial, mantendo-se, entretanto, os mesmos princípios para todos os municípios.

A municipalização é um passo essencial para a mudança do sistema nacional de saúde e para acelerar o processo de desenvolvimento, que em países como o nosso constitui-se claramente no combate direto à pobreza e suas consequências, com ênfase nas áreas de saúde, educação e moradia.

Entretanto, não é simplesmente alocando-se mais recursos nessas áreas que vamos nos desenvolver. O processo de desenvolvimento exige recursos, mas requer, acima de tudo, criatividade para propor soluções novas para os novos problemas gerados pela pobreza e coragem para ferir os interesses pessoais, grupais e corporativistas em nome do interesse geral da coletividade.

JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

Secretário de Estado da Saúde

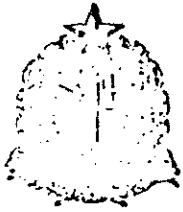


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

VERSÃO PRELIMINAR DAS PROPOSTAS DO CONVÊNIO DE MUNICIPALIZAÇÃO

O convênio proposto tem por objetivo estabelecer as normas dos serviços de atenção básica de saúde a cargo da Secretaria e que são transferidos por recíproco interesse ao controle administrativo do Município, com observância da política e das diretrizes e normas das Ações Integradas de Saúde - AIS - e à vista do Termo de Adesão firmado pelo Município ao Termo Aditivo ao Convênio 07/83-AIS, visando assegurar:

1. a elevação da eficácia e resolutividade da produção dos serviços de saúde;
2. a obtenção do máximo rendimento e eficiência dos gastos públicos com saúde e a necessária avaliação dos resultados;
3. a configuração de uma unidade político-administrativa final do sistema;
4. a integração da ação primária do sistema unificado de saúde dentro dos princípios básicos de regionalização de referência e contra-referência, e implementação de ações de diferentes complexidades, em diferentes níveis do sistema;

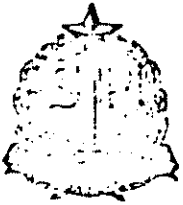


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5. o oferecimento de melhores condições de controle do sistema pela população;
6. a melhoria geral dos padrões de saúde do Município conveniente;
7. a implementação ampla e eficiente dos programas prioritários da Secretaria de Estado da Saúde.

Para se alcançar os objetivos acima propostos, as partes interessadas deverão assumir as seguintes obrigações:

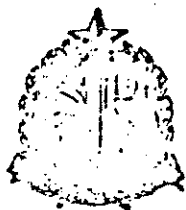
1. Obrigações Comuns:
 - a. garantir serviço de saúde à população do Município, por igual, com padrões adequados de qualidade, eficiência e de fácil acesso;
 - b. garantir atenção integral, em especial, cuidados preventivos e curativos à saúde da população;
 - c. assegurar a participação efetiva da Secretaria do Município nas instâncias dos órgãos colegiados das Ações Integradas de Saúde;
 - d. garantir imunobiológicos em toda a rede de serviços;
 - e. proporcionar, reciprocamente, facilidade para



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- fluxo de dados e informações;
- apoio mútuo entre os partícipes na utilização recíproca de recursos físicos, financeiros, humanos e materiais disponíveis;
- melhoria e integração do processo de planejamento dos serviços de saúde;
- concepção e implantação de programa de desenvolvimento de recursos humanos (capacitação, treinamento, aperfeiçoamento);
- f) - acompanhar, supervisionar e avaliar a execução do convênio;
- g) - realizar estudos visando à uniformização dos conteúdos ocupacionais e das denominações das funções, bem como o estabelecimento de perfis ocupacionais compatíveis com o setor de saúde e as especificidades que o informam;
- h) - garantir as contrapartidas financeiras estaduais e municipais, necessárias à ampliação da rede física e sua plena ocupação com equipamentos e medicamentos básicos padronizados e módulos de pessoal mínimo, em função de metas de cobertura, concentração e resolutividade, definidas pelas partes, conforme explicitado no projeto de operacionalização, nos termos da cláusula III deste convênio.

2. Obrigações da Secretaria



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

a) transferir a gestão da rede estadual de atendimento básico de saúde, identificados e especificados no inventário que é parte integrante deste em anexo, ao Município, comprometendo-se ainda a:

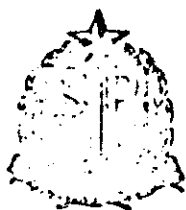
a.1 - ceder as instalações e equipamentos das unidades transferidas, pelo prazo de duração do convênio, responsabilizando-se pelo pagamento de aluguéis, contratos de manutenção de equipamentos, inclusive, reposições e outras existentes.

a.2 - colocar à disposição pelo prazo de duração do convênio, os funcionários e servidores, em exercício nas unidades transferidas, com ou sem o prejuízo dos vencimentos ou salários, na forma que vier a ser acordada entre os partícipes, e sempre sem prejuízo das demais vantagens do cargo ou da função atividade de que seja titular, mantidos, inclusive, os direitos referentes à promoção por merecimento e avaliação de desempenho.

a.3 - assegurar recursos orçamentários e financeiros para reposição de pessoal colocado à disposição do Município.

a.4 - assegurar apoio técnico e administrativo das unidades competentes da Secretaria às atividades referentes aos sistemas de administração financeira, de pessoal, de material e demais serviços administrativos.

a.5 - destinar recursos financeiros para a exe-



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

a.6. - reservar, em seu orçamento, para os exercícios subsequentes, os recursos para fazer frente às despesas de correntes deste convênio.

a.7. - garantir o apoio técnico do Escritório Regional de Saúde a todas as ações de saúde, incluindo as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento do meio, controle de endemias e treinamento de pessoal, que vierem a ser desenvolvidas pelo Município.

a.8 - elaborar diretrizes, normas técnicas e procedimentos para as ações de saúde, de acordo com os programas prioritários da Secretaria e as características do município, em conjunto com a autoridade municipal de saúde.

a.9 - gerenciar o sistema estadual de informações de saúde.

a.10 - garantir à Prefeitura a transferência dos recursos provenientes do Convênio 07/83-AIS, relativos aos atendimentos dos Centros de Saúde municipalizados através do presente instrumento.

3. Obrigações do Município

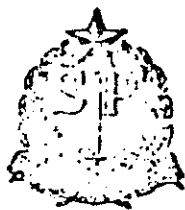
a) definir o órgão responsável pela área de saúde, em nível municipal;

b) administrar a rede de serviços básicos de saúde.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- c) proceder a reposição de pessoal, funcionário ou servidor estadual, sempre que ocorrer vacância, desde que assegurados os recursos pela Secretaria, de acordo com a cláusula II, ítem 2, alínea "a.3", observadas as demais disposições deste convênio;
- d) garantir pessoal mediante novas admissões, observadas as disposições legais e regulamentares pertinentes;
- e) responsabilizar-se pela manutenção das unidades bem como pelas despesas de custeio, decorrentes dos serviços ora transferidos;
- f) criar instrumentos legais e regulamentares, em nível municipal, que viabilizem a execução das cláusulas deste convênio;
- g) treinar pessoal em conjunto com o ERSA, de acordo com programas prioritários da Secretaria;
- h) aplicar, no âmbito de suas atribuições aqui estabelecidas, os recursos estaduais e municipais alocados para execução deste ajuste, através dos serviços de saúde próprios municipais e dos serviços transferidos pelo Estado, conforme o Projeto anexo a este convênio;
- i) destinar recursos financeiros necessários à execução deste convênio, conforme o cronograma de des



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

j) reservar em seu orçamento, para os exercícios subsequentes, os recursos necessários para fazer frente às despesas decorrentes deste convênio;

k) rever, de comum acordo com a Secretaria, a transferência dos recursos provenientes do Convênio 7/83-AIS referidos na cláusula II, item 2 - a.10, sempre que o Centro de Saúde municipalizado contar com pessoal contratado pela Secretaria e regime CLT-AIS;

l) recolher ao Tesouro do Estado, as importâncias não empenhadas até o final do exercício, destinadas pela Secretaria a esse Convênio.

O convênio será realizado após apresentação, pelo município, de Projeto de Operacionalização, compatibilizado com a Programação e Orçamentação Integrada das AIS e que passa a fazer parte integrante e obrigatória do mesmo. Esse projeto deverá conter:

- a) diagnóstico e proposta;
- b) metas qualitativas e quantitativas de cobertura, concentração e resolução;
- c) plano de aplicação de recursos, os respectivos cronogramas de atividades e de desembolso;
- d) descrição da rede de serviços de saúde dos recursos humanos, materiais e financeiros e dos equipamentos alocados.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

2. O Projeto aqui indicado será submetido às diversas instâncias dos órgãos colegiados definidos pelo Convênio 07/83 AIS, para as manifestações e decisões em suas respectivas áreas competência.

É O SEGUINTE O PARECER DA COMISSÃO DE JUSTIÇA E REDAÇÃO

Pela Aprovação; 05/11/87
[Signature]

Pela Aprovação

05/11/87

Pela Aprovação. 05/11/87
Antonio Roberto Gracov

É O SEGUINTE O PARECER DA COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO

~~Pela aprovação~~ *[Signature]*

PELA APROVAÇÃO

~~Stavella~~

Pela aprovação
Admartins

2

PROJETO DE LEI Nº 21/87

(Autoriza Convênio com Governo do Estado, para
Municipalização da Saúde).-

A CÂMARA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO, ESTADO DE SÃO
PAULO, APROVA E O PREFEITO SANCIONA E PROMULGA A SEGUINTE LEI:

Artigo 1º - Fica a Prefeitura Municipal autorizada a programar, elaborar plano de operacionalização e cronograma de aplicação de recursos, em conjunto com os organismos - próprios do Governo do Estado, e fazer convênio para a Municipalização da Saúde.-

Artigo 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.-

Sala Vinte de Janeiro da Câmara Municipal de Santa Cruz do Rio Pardo, em 05 de novembro de 1987.-


LUIZ ANTONIO TAVARES
PRESIDENTE DA CÂMARA