



Art. 6º A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Certificação e será composta por:

I - avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados;

II - avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, conforme disposto no art. 5º; e

III - verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica.

§ 1º As equipes contratualizadas avaliadas nos termos deste artigo receberão as seguintes classificações de desempenho:

- I - Ótimo;
- II - Muito Bom;
- III - Bom;
- IV - Regular; e
- V - Ruim.

§ 2º Caso a equipe contratualizada não alcance um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim.

§ 3º Para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deverá alcançar um conjunto de padrões considerados estratégicos, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB.

§ 4º O conjunto das classificações de desempenho das equipes contratualizadas comporá o Fator de Desempenho do Distrito Federal e de cada Município.

Art. 7º A Fase 3 do PMAQ-AB é denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular do Distrito Federal e dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB.

Parágrafo único. A Fase 3 será realizada pelas equipes que participaram do PMAQ-AB em ciclo anterior.

Art. 8º O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB é composto pelos seguintes elementos:

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Estado, Distrito Federal, Município ou Região de Saúde;

II - monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB;

III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes;

IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos Municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); e

V - cooperação horizontal presencial e/ou virtual, que deverá ocorrer entre equipes de atenção básica e entre gestores, com o intuito de permitir a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção básica.

Parágrafo único. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB.

Art. 9º A cada ciclo, o Distrito Federal e os Municípios que aderirem ao PMAQ-AB farão jus ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que será repassado ao Distrito Federal e aos Municípios em 2 (dois) momentos:

I - no início de cada ciclo, após a homologação da adesão do Distrito Federal ou Município ao PMAQ-AB; e

II - após a Fase 2 de cada ciclo.

§ 1º Os valores a serem repassados ao Distrito Federal e Municípios a título do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e variarão de acordo com:

I - o número de equipes contratualizadas;

II - as disponibilidades orçamentárias do Ministério da Saúde; e

III - no caso do inciso II do "caput", com o fator de desempenho de que trata o § 4º do art. 6º.

§ 2º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será transferido fundo a fundo, por meio PAB Variável, observado o disposto no art. 11 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007.

Art. 10. Os valores recebidos ao longo do ciclo pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser utilizados em conformidade com o disposto na Portaria nº 204/GM/MS, de 2007, e o planejamento e orçamento de cada ente.

Art. 11. O Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acompanhará o desenvolvimento do PMAQ-AB, com avaliação e definição, inclusive, dos instrumentos utilizados no Programa.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho de que trata o "caput" poderá convidar especialistas para discussão e manifestação acerca de elementos do PMAQ-AB.

Art. 12. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), publicará o Manual Instrutivo do PMAQ-AB, com a metodologia pactuada e outros detalhes do Programa.

Art. 13. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 138, Seção 1, do dia seguinte, p. 79;

II - a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, publicada no DOU nº 86, Seção 1, do dia seguinte, p. 56;

III - a Portaria nº 535/GM/MS, de 3 de abril de 2013, publicada no DOU nº 64, Seção 1, do dia seguinte, p. 35; e

IV - a Portaria nº 1.063/GM/MS, de 3 de junho de 2013, publicada no DOU nº 105, Seção 1, do dia seguinte, p. 49.

ARTHUR CHIORO

PORTARIA Nº 1.646, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015

Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, que autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto; e

Considerando a Portaria nº 2.073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar, resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituído o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 2º O CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), e possui as seguintes finalidades:

I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;

II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;

III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;

IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

Parágrafo único. Não é finalidade do CNES ser instrumento de indução política ou mecanismo de controle, constituindo-se somente como um cadastro que permita a representação mais fidedigna das realidades locais regionais.

Art. 3º Para efeito desta Portaria considera-se:

I - cadastramento: ato de inserir pela primeira vez os dados conformados no modelo de informação do CNES, em aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", com vistas à alimentação da base de dados nacional do CNES;

II - estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica;

III - manutenção ou atualização de cadastro: ato de alterar os dados cadastrais de um estabelecimento de saúde previamente inseridos no aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças;

IV - responsável administrativo: pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde; e

V - responsável técnico: pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados em um estabelecimento de saúde.

Art. 4º O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações.

Art. 5º O CNES é a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no país, devendo ser adotado por todo e qualquer sistema de informação que utilize dados de seu escopo e ser utilizado como fonte para todas as políticas nacionais de saúde.

Art. 6º Deverão ser adotados no CNES padrões reconhecidos pela comunidade internacional e aderentes às legislações vigentes, permitindo ofertar meios de pesquisa e comparabilidade em nível global.

CAPÍTULO II DAS RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Art. 7º O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos.

Art. 8º Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si.

Art. 9º Compete a todas as esferas de direção do SUS, em relação ao CNES:

I - apoiar a implementação do CNES em todo o território nacional;

II - fomentar e desenvolver ações e mecanismos para aperfeiçoar o processo de cadastramento de estabelecimentos de saúde, e garantir a temporalidade e a qualidade das informações cadastradas no CNES;

III - prover educação continuada e apoio ao cadastramento de estabelecimentos de saúde;

IV - promover a ampla divulgação quanto à utilização do sistema e a disseminação dos dados cadastrais; e

V - garantir a participação, controle social e transparência, nos termos da legislação vigente, das informações e processos relacionados ao CNES.

Art. 10. Compete à direção do SUS na esfera federal, em relação ao CNES:

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em todo o território nacional;

II - cooperar tecnicamente e ofertar o suporte necessário às direções estaduais do SUS para a correta aplicação e operacionalização do CNES;

III - cooperar, em relação ao cadastramento de estabelecimentos de saúde, com os países e entidades internacionais que possui relações exteriores, bem como estudar e analisar os padrões de cadastramento adotados por eles, adequando o CNES às necessidades estatísticas e de comparabilidade global;

IV - dispor sobre as terminologias e classificações necessárias para o cadastramento de estabelecimentos de saúde;

V - realizar as ações necessárias para a correção de inconformidades cadastrais detectadas por órgãos de controle ou pelo poder judiciário e cuja correção não fora adotada pelo estabelecimento de saúde ou por outra esfera de direção do SUS;

VI - elaborar e manter os aplicativos computacionais, serviços de internet, portais e bancos de dados necessários para suportar o sistema de informação do CNES; e

VII - dispor sobre os padrões de comunicação e interoperabilidade dos aplicativos e bancos de dados utilizados no CNES.

Art. 11. Compete às direções estaduais do SUS, em relação ao CNES:

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em seu território;

II - cooperar tecnicamente e ofertar o suporte necessário às direções municipais do SUS em seu território para a correta aplicação e operacionalização do CNES;

III - apoiar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de seu território, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que estejam sob seu comando ou cujo comando seja compartilhado com a esfera municipal; e

IV - fiscalizar, auditar, validar ou alterar, quando necessário, o cadastro dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS que estejam sob seu comando ou cujo comando seja compartilhado com a esfera municipal.

Art. 12. São responsabilidades das direções municipais do SUS, em relação ao CNES:

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em seu território;

II - apoiar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de seu território, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que estejam sob seu comando ou cujo comando esteja compartilhado com a esfera estadual; e

III - fiscalizar, auditar, validar ou alterar, quando necessário, o cadastro dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS que estejam sob seu comando ou cujo comando esteja compartilhado com a esfera estadual.

CAPÍTULO III DO PROCESSO DE CADASTRAMENTO E MANUTENÇÃO OU ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Art. 13. O processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral proposto para os estabelecimentos de saúde é feito totalmente em meio eletrônico, em periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem modificações de suas informações, através de aplicativos computacionais ou serviços de internet ("webservices") disponibilizados pelo Ministério da Saúde.