



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão de Seguridade Social e Família

Subcomissão Permanente de Saúde

**RELATÓRIO DO EIXO DE GESTÃO,
RECURSOS E PLANEJAMENTO**

Relatora Setorial:
Dep. Adriana Ventura (NOVO/SP)

Presidente: Dep. Carmen Zanotto (Cidadania/SC)

Relator Geral: Dep. Luiz Antônio de Souza Teixeira Jr. (PP/RJ)

OUTUBRO / 2019

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	4
II - LISTA DE REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS REALIZADAS.....	6
III – SÍNTESES DAS CONTRIBUIÇÕES OFERECIDAS NAS REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS	8
III.1.a. Audiência sobre Financiamento da Saúde pelos Entes Federados	8
III.1.b. Audiência sobre Revisão de Instrumentos de Gestão do SUS	10
III.1.c. Audiência sobre Planejamento Federal na Saúde e criação Plano Decenal da Saúde	14
III.1.d. Audiência sobre Regionalização, Consórcios Públicos de Saúde	17
IV – FONTES ADICIONAIS DE INFORMAÇÕES PARA O EIXO	22
IV.1 Dados do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS	22
IV.2 Proposições em tramitação de interesse para o eixo GRP	25
V – CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES	28
VI – RECOMENDAÇÕES.....	31
APÊNDICE - Dados informados pelo Ministério da Saúde.....	35

I – INTRODUÇÃO

A Relatoria Setorial de Gestão, Recursos e Planejamento (GRP) da Subcomissão Permanente de Saúde (SUBSAÚDE), vinculada à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), apresenta este relatório de trabalho setorial, compatível com as diretrizes aprovadas para o Plano de Trabalho da SUBSAÚDE, o qual indicou que no eixo GRP seriam priorizadas:

“a) a atualização dos dados sobre o financiamento da saúde nos três níveis da federação, segundo níveis da atenção; b) regionalização (com a criação de lei para a pactuação regional entre gestores da saúde, associada à criação de fundo de apoio, para destinar recursos adicionais) e consórcios de saúde; c) a avaliação de instrumentos federais de monitoramento e planejamento (PPA, PNS e relatório quadrimestral do SUS) e seus resultados; d) a criação do plano decenal da saúde; e) revisão de instrumentos de gestão do SUS; f) consideração das propostas do Grupo de Trabalho da Tabela SUS; g) Avaliação da Gestão nas Organizações do Terceiro Setor da Saúde; h) Educação continuada na saúde; i) Informatização da atenção no SUS (prontuário eletrônico).”

As justificativas para a seleção desses temas foram as seguintes:

“O debate sobre o subfinanciamento do SUS poderá ser qualificado por um melhor conhecimento dos recursos aplicados por Estados e Municípios, nos vários níveis de atenção, visto que os dados da União são os mais usados e validados.

O gargalo para a pactuação regional no SUS foi destacado pela subcomissão especial de 2015, a qual apresentou proposta de legislação nesse sentido, associada a incremento no financiamento, decorrente de pactuação. O debate sobre consórcios de saúde também é relevante na regionalização da saúde.

O insuficiente e irregular monitoramento de metas da saúde em instrumentos federais no Brasil pelo Legislativo tem reduzido a transparência para a sociedade sobre as políticas do setor e a falta de um

instrumento de planejamento federal de mais longo prazo, tem dispersado os esforços para o desenvolvimento do sistema.

Instrumentos de gestão do SUS também necessitam de revisão, a exemplo daqueles relacionados ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), a tetos de assistência, à Programação Pactuada e Integrada (PPI) e ao gasto com pessoal por organizações sociais.

Os achados do Grupo de Trabalho da CSSF sobre a Tabela SUS poderão contribuir para os debates realizados nesta Subcomissão.

A avaliação da gestão nas organizações do Terceiro Setor da saúde permitirá a identificação de experiências bem-sucedidas, bem como dos problemas a serem superados.

O debate sobre a educação continuada na saúde poderá identificar gargalos na formação de recursos humanos do setor. Finalmente, quanto à informatização do SUS, há obstáculos à sua implantação (inclusive por questionamentos do setor de controle), privando o sistema de importante recurso para elevar sua eficiência.”

As duas seções seguintes listam as reuniões e audiências públicas realizadas e apresentam as sínteses das informações obtidas das nas mesmas. Em seguida, são apresentadas outras fontes de informação para este relatório, como os dados: a) informados pelo Ministério da Saúde; b) do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS; e c) de levantamento sobre proposições legislativas em tramitação na Câmara dos Deputados.

Finalmente, são apresentadas as considerações e conclusões relevantes para o desenvolvimento do SUS e as recomendações.

II - LISTA DE REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS REALIZADAS

Data	Tipo de atividade / Tema / Participantes
08/08/2019 quinta– feira 9h às 13h	Reunião de Trabalho - Req. 148/2019 11h às 13h - Eixo Temático: Gestão, Recursos e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura (NOVO/SP) Convidado: <ul style="list-style-type: none"> • Arionaldo Bomfim Rosendo – Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde
15/08/2019 quinta– feira 14 às 17h-	Reunião de Audiência Pública do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura REQ 250/2019 SUBSAÚDE - Req. 3/2019 – Dep. Adriana Ventura Tema: Financiamento da Saúde pelo Entes Federados Convidados: <ul style="list-style-type: none"> • FERNANDO ZASSO PIGATTO, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) • RENÉ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) • WILAMES FREIRE BEZERRA, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) • JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA, Representante da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
22/08/2019 quinta– feira 14h	Reunião de Audiência Pública do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura REQ 251/2019 SUBSAÚDE - Req. 4/2019 – Dep. Adriana Ventura Tema: Revisão de Instrumentos de Gestão do SUS Convidados que participaram: <ul style="list-style-type: none"> • JOSAFÁ DOS SANTOS, Representante do Ministério da Saúde; • MOYSÉS LONGUINHO TONIOLO DE SOUZA, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) • LEONARDO MOURA VILELA, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) • NILO BRETAS, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
10/09/2019 terça–feira 16h às 19h	Reunião de Audiência Pública REQ 253/2019 SUBSAÚDE - Req. 6/2019 – Dep. Adriana Ventura Audiência do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura Tema: Avaliação de instrumentos de planejamento federais na saúde e a

	<p>criação de Plano Decenal da saúde.</p> <p>Convidados que participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MARCOS MOREIRA, Representante do Ministério da Saúde; • DR. ANDRÉ LUIZ DE OLIVEIRA, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) • LOURDES LEMOS ALMEIDA, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) • BLEND A PEREIRA, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) •
<p>12/09/2019 quinta- feira 9h às 13h</p>	<p>Reunião de Audiência Pública REQ 252/2019 SUBSAÚDE - Req. 5/2019 – Dep. Adriana Ventura</p> <p>Audiência do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura Tema: Regionalização consórcios públicos de saúde, hierarquização de procedimentos e informatização da atenção no SUS</p> <p>Convidados que participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANA LUCIA DE ASSIS GURGUEL, Representante do Ministério da Saúde; • LEANDRO MANASSI PANITZ, Representante do Ministério da Saúde; • MOYSES LONGUINHO TONIOLO DE SOUSA, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) • RENÊ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) • NILO BRETAS, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) • CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ, Tribunal de Contas de União (TCU)

III – SÍNTESES DAS CONTRIBUIÇÕES OFERECIDAS NAS REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Seguem-se as sínteses dos principais tópicos apresentados pelos convidados, além dos debates com os parlamentares, de cada uma das audiências públicas realizadas no eixo de Gestão, Recursos e Planejamento.

III.1.a. Audiência sobre Financiamento da Saúde pelos Entes Federados

Nessa audiência (15/08/2019) participaram: Fernando Zasso Pigatto (Presidente do Conselho Nacional de Saúde - CNS); René José Moreira dos Santos (representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS); Wilames Freire Bezerra (Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS); José Agenor Álvares da Silva (representante da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz).

O vídeo desta audiência está disponível em:¹

<https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56796>.

Fernando Pigatto, com base em subsídios da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento do CNS, destacou pontos prioritários para o debate (inclusive com base nas discussões da 16ª Conferência Nacional de Saúde, observando os prazos para que as contribuições possam influenciar na elaboração do Plano Plurianual e o Plano Nacional de Saúde).

Destacou o subfinanciamento da saúde e, mais recentemente, seu desfinanciamento, a partir da Emenda Constitucional 95/16 (o teto geral das despesas primárias foi “congelado” no valor de 2016 e será atualizado somente pela variação anual do IPCA até 2036, estimando as **perdas federais do SUS em mais de R\$ 400 bilhões até 2036**, em comparação com regra em vigor antes da EC 95/16). Reconheceu a necessidade de melhoria na gestão do SUS, sem, contudo, excluir o debate da melhoria do financiamento. Mencionou um aumento na mortalidade infantil no País.

¹ O arquivo usado na apresentação do CNS em 15/08/19 está disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/copy_of_CNSFernandoPigato.ppt.

Defendeu: a revogação da EC 95/16; a aprovação da PEC 01/15 (que foi aprovada em 1º turno na Câmara dos Deputados em abril de 2016 e aloca de forma escalonada - em sete anos -, 19,4% da receita corrente líquida como piso federal do SUS, resgatando as bases do Projeto de Iniciativa Popular “Saúde + 10”); novas fontes de financiamento exclusivas para o SUS, com revisão ou criação de tributos (a Contribuição sobre Grandes Transações Financeiras e a tributação sobre grandes fortunas para o financiamento da seguridade social, com rateio específico para a saúde, bem como aumentar as alíquotas da tributação sobre bebidas açucaradas, álcool, tabaco, motocicletas, como meio de fortalecer as fontes de financiamento exclusivas da seguridade social, e do SUS em particular); a revisão da renúncia de receita (gasto tributário atualmente estimado em cerca de R\$ 400 bilhões, por meio de uma avaliação do efetivo cumprimento das contrapartidas legalmente estabelecidas para a sociedade por parte dos beneficiários das renúncias, bem como revisão da isenção concedida no imposto de renda sobre os rendimentos das pessoas físicas oriundas de dividendos); garantir a partilha dos recursos do Pré-Sal para saúde e educação (como aplicação adicional ao mínimo) no contexto das perdas decorrentes da EC 95; e a retomada do crescimento econômico.

René Santos abordou o histórico do financiamento da saúde, que destacou como insuficiente, os problemas da transição demográfica, os desafios da descentralização e da crise fiscal e econômica. Salientou que o debate sobre o modelo de atenção à saúde (incluindo o fortalecimento da atenção primária e definição de política para a média complexidade ambulatorial e hospitalar) deve fundamentar o debate sobre financiamento. Também é preciso debater o modelo de gestão, que gradativamente foi construído, a partir da municipalização e, atualmente, é central a questão da regionalização. Defendeu um **novo pacto tributário e sanitário de responsabilidade entre os entes federados e clareza para a sociedade sobre os resultados almejados**. Comentou a redução relativa da participação da União no financiamento da saúde e salientou a necessidade de promover a saúde como direito de cidadania. Recomendou a contratualização do cuidado (a exemplo do que ocorre em sistema de saúde universais, como o do Reino Unido), considerando o custo, qualidade e o desfecho do tratamento, para além de pagamentos por procedimentos. Mencionou que os usuários possuem direitos, mas também deveres em relação ao sistema de saúde.

Wilames Bezerra indicou o considerável volume de procedimentos de atenção à saúde realizados pelo SUS. Na área do financiamento destacou que a União mantém um gasto constante de 1,7% do PIB, enquanto os outros entes têm aumentado essa proporção; e que entre 2003 e 2017 o valor dos subsídios da União com despesas (benefícios financeiros e creditícios) e receitas (gastos tributários) foi de quatro trilhões de Reais. Em 2015, a carga tributária total correspondeu a 32,7% do PIB, com maior concentração na União. A aplicação em ações e serviços públicos de saúde têm se mantido superior ao mínimo requerido, contudo os municípios chegam a aplicar 31% a mais.

Reconheceu as conquistas da saúde pública, o momento de crise econômica e indicou as seguintes necessidades de avanço: no atendimento às necessidades de saúde população; na atenção às especificidades regionais; no planejamento e orçamento ascendente; no planejamento regional integrado; na autonomia dos entes federados; na ampliação do financiamento; na gestão de custo; na eficiência no planejamento, gestão e execução recursos; e na autonomia na utilização dos recursos financeiros (caixa único e repasse único). Destacou a necessidade de **resolver o problema da judicialização envolvendo os três níveis da federação**, mas particularmente no nível municipal em que gestores estão sujeitos a atender demandas rapidamente, sob pena de multa e até prisão, gerando situações em que outros setores da saúde ficam prejudicados.

José Agenor Silva abordou o desenvolvimento da política de saúde no Brasil desde antes da criação do SUS e o impacto negativo da EC 95/16 no financiamento da saúde no curto e no longo prazo. Ressaltou que em todos os governos houve subfinanciamento da saúde e que há necessidade de **politizar na sociedade a questão do SUS, como direito de cidadania**, a exemplo do que ocorre no Reino Unido. Destacou que tal sistema de saúde não é perfeito, mas há uma disposição para resolver os problemas. Também mencionou que há pessoas resistindo em serem gestores da saúde, devido aos excessos de mecanismos de cobrança.

III.1.b. Audiência sobre Revisão de Instrumentos de Gestão do SUS

Nessa audiência (22/08/2019) participaram: Josafá dos Santos (representante do Ministério da Saúde), Moysés Longuinho Toniolo de

Souza (representante do CNS), Leonardo Moura Vilela (representante do CONASS), Nilo Bretas (representante do CONASEMS).

O vídeo desta audiência está disponível em: <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56819>.^{2,3}

Josafá dos Santos informou que o Ministério da Saúde (MS) tem intensificado o controle interno. Apresentou o histórico da implantação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC – e indicou que o MS está elaborando instrumento para dar suporte à Programação de Média e Alta Complexidade (que substitui a Programação Pactuada Integrada - PPI), o qual permitirá programação regional.

Também abordou o limite financeiro de custeio da assistência de média e alta complexidade. O Grupo de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade - MAC é composto por um teto financeiro, adicionado de incentivos permanentes de custeio, transferidos de forma regular e automática; e pelo FAEC, transferido mediante comprovação da execução dos procedimentos selecionados, por meio dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalares. Salientou que há diversos incentivos financeiros e que **o prestador não recebe apenas o valor da tabela, pois cerca de 15% do valor de recursos da MAC** (cujo valor total é de R\$ 50 bilhões) referem-se a incentivos.

Na área do controle e avaliação da assistência, destacou três sistemas de informação que considera como pilares: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), que registra bilhões de procedimentos. São sistemas antigos e, por exemplo os dois últimos serão substituídos. Para tanto, há quase dois anos vem sendo elaborado o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), que permitirá acompanhamento individualizado das informações dos usuários (provavelmente no início de 2020 será implantado por meio de decreto).

² O arquivo usado na apresentação do CNS em 22/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaodoConselhoNacionaldeSadeMododeCompatibilidade.pdf>.

³ O arquivo usado na apresentação do MS em 22/08/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentadoMinistriodaSade.pdf>.

Moysés Souza destacou o problema do subfinanciamento do SUS, os mecanismos de participação da comunidade (conselhos, conferências), os instrumentos de gestão (plano de saúde, programação anual de saúde, PPA) e de monitoramento (relatórios quadrimestrais e anuais).

Apresentou um quadro de acompanhamento de relatórios usado para monitoramento da adequação da execução orçamentária e financeira. Também salientou o papel dos conselhos na indicação aos gestores de problemas na qualidade da atenção.

Como exemplo de participação do controle social, destacou a política nacional de vigilância em saúde, elaborada em 2018, e a recente contribuição da **Conferência Nacional de Saúde, que apresentou diretrizes para a elaboração do novo PPA.**

Leonardo Vilela mencionou instrumentos de gestão utilizados por Estados, como o Plano Estadual de Saúde (quadrienal e elaborado no primeiro ano da gestão), a Programação de Ações e Serviços de Saúde (equivalendo à Lei Orçamentária Anual) e o Relatório Anual de Gestão; os quais considera adequados. Considerou que a Tabela SUS apresenta muitas distorções, pois em alguns procedimentos houve reajuste e adição de incentivos, mas para outras, não. Ao que parece, a tabela seria reativa ao poder de pressão de prestadores. Também mencionou que a tabela remunera por doença, de certa forma, pode estimular desvios. Considerou que a tabela foi relevante no período pré-SUS, mas que atualmente apresenta muitas distorções. Citou experiência que se inicia na saúde suplementar de pagamento por desempenho, conforme indicadores de saúde, que considera ser o caminho a seguir. Para tanto, seria necessária a liderança do MS. Também citou Portugal como exemplo de financiamento por desempenho.

Sobre a **informatização**, mencionou sua relevância para **a segurança do paciente e para a economicidade** (por exemplo, reduzindo a repetição de exames complementares). Contudo há grandes gargalos no Datasus.

Sobre **parcerias com o terceiro setor e com o setor privado**, destacou a experiência do **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi)**, gerido pelo MS com apoio do Conass e do Conasems, o qual aproveita a experiência de cinco hospitais de

referência (Sírio Libanês, Albert Einstein, Moinhos de Vento, Oswaldo Cruz e Hospital do Coração) na área de gestão. Nesse programa, o Conass desenvolve quatro programas: fortalecimento da gestão estadual do SUS, qualidade do cuidado e segurança do paciente na atenção primária à saúde, organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde e o cuidado farmacêutico no componente especializado da assistência farmacêutica.

O Conass também criou o Programa de Apoio a Secretarias Estaduais de Saúde que prevê 16 programas específicos, como a planificação, a regionalização, os consórcios e a educação em saúde. Contudo, destacou **a alta rotatividade de secretários de saúde, o que prejudica a continuidade dos trabalhos. Outros fatores dificultadores citados foram: as ingerências políticas, a “ditadura do controle” (que está afastando bons gestores) e a redução relativa da participação da União no financiamento da saúde.**

Sobre algumas influências negativas de iniciativas do Legislativo, destacou emendas não inseridas num planejamento dos gestores.

Nilo Bretas indicou que há variação da capacidade governativa (pouca governança e pouca governabilidade) dos entes federados e que há pouca autonomia para gestores, por questões que se relacionam ao Judiciário, ao Legislativo e à relação interfederativa. Nesse contexto de complexidade democrática, o Conasems tem buscado qualificar os gestores. Citou como exemplos: o manual do gestor (que contém normas); o manual on-line (uma plataforma de eadução à distância); os apoiadores regionais (até agora, com apoio do Proadi, para orientar novos gestores); apoio ao controle de arboviroses; curso de direito sanitário; ferramenta de encerramento da gestão (com apoio da Unasus), além de parcerias com entidades de prefeitos.

Salientou que **a regionalização é a única forma de garantir acesso e integralidade**, contudo há questões na esfera política, que dificultam a elaboração de planos regionais. Sobre a proposta de um Plano Decenal da Saúde, é favorável à existência de metas de mais longo prazo, contudo, apontou preocupação em se retirar o caráter ascendente do planejamento.

III.1.c. Audiência sobre Planejamento Federal na Saúde e criação Plano Decenal da Saúde

Nessa audiência (10/09/2019) participaram: Marcos Moreira (representante do Ministério da Saúde), Dr. André Luiz de Oliveira (representante do CNS), Lourdes Lemos Almeida (representante do Conass) e Blenda Pereira (Conasems).

O vídeo desta audiência está disponível em^{4,5,6,7}

<https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56894>.

André Oliveira observou a complexidade do sistema de saúde do Brasil, expressa nas transições: cultural, demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica. Destacou o grande volume de produção do SUS.

Com relação ao acompanhamento, salientou instrumentos para monitoramento da política fiscal (PPA, LDO, Lei Orçamentária Anual, relatórios de gestão fiscal – quadrimestrais - e de execução orçamentária - bimestrais) e da política de saúde (Plano de Saúde - quadrienal -, Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas - quadrimestrais – e o Relatório Anual de Gestão - RAG).

Sobre a proposta de **plano decenal**, ainda não houve debate sobre o tema no **CNS**, contudo **vê com bons olhos os dispositivos que prevêm a participação do CNS, contudo há preocupação com o financiamento para dar continuidade ao que for planejado**. Mencionou que o CNS poderá discutir o tema até novembro. Indicou que, a princípio, a proposta de plano decenal considera a participação do controle social.

Reiterou as propostas apresentadas pelo presidente do CNS.

⁴ O arquivo usado na apresentação do CNS em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoCNSMododeCompatibilidade.pdf>.

⁵ O arquivo usado na apresentação do Conasems em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoCONASEMS.pdf>.

⁶ O arquivo usado na apresentação do Conass em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoCONASS.pdf>.

⁷ O arquivo usado na apresentação do MS em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoMinistrioSade.pdf>.

Lourdes Almeida abordou o planejamento do SUS destacando os modelos de atenção, de gestão e de financiamento. Observou que **a regionalização tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde**, com vistas à ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde. O Planejamento Regional Integrado (que faz parte do Plano Estadual de Saúde) determina a forma de organização do sistema de saúde no território e, a partir de um conjunto de diretrizes, objetivos e metas, define as ações e serviços de saúde destinados à garantia do acesso e da resolubilidade da atenção à saúde da população no espaço macrorregional, onde a Rede de Atenção à Saúde se completa.

Identificou os seguintes desafios para o planejamento regional: redução da iniquidade no acesso da população às ações e serviços de saúde; estabelecimento de consensos sobre resolutividade, acesso, escala, regulação, responsabilidades individuais e compartilhadas na região de saúde (CIR) e na macrorregião de saúde (CIB); identificação dos vazios assistenciais e definição dos investimentos necessários (recursos das emendas parlamentares); e implantação dos mecanismos de governança regional. Para promover o planejamento, o Conass criou o Programa e Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (Pases), o qual possui quatro eixos: planejamento e gestão; regionalização e organização de redes de atenção à saúde; vigilância e promoção da saúde; e gestão do trabalho e da educação em saúde. Alguns dos projetos são apoiados pelo Proadi. Todos os Estados possuem os seus mapas estratégicos.

Destacou o **papel dos consórcios como relevantes prestadores de serviço ao SUS**. Considerou que o planejamento regional integrado é um planejamento ascendente e questionou se o plano decenal representaria um ganho.

Blenda Pereira destacou normas relacionadas ao planejamento (Lei nº 8.142/90; Decreto 7.508/11; Lei Complementar 141/2012) e indicou os principais instrumentos de planejamento do SUS: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do quadrimestre anterior (RDQA). Esse instrumento dialoga com instrumentos orçamentários.

Observou que **o planejamento ascendente está previsto nas Leis 8080/90 e 141/12, mas que ainda não foi alcançado**. Os principais

impeditivos são: rotatividade da gestão; subfinanciamento e criação de inúmeras formas de repasse realizadas desde a década de 90; o desfinanciamento federal; vasta quantidade de normas (17 mil normas relacionadas ao gabinete do Ministro); criação das formas restritas de repasse de recursos federais, possibilitaram a interferência nos demais no processo de planejamento nos Municípios (muitas vezes não conseguem atender às necessidades locais, o que vem gerando saldos financeiros significativos nas contas municipais e estaduais).

Os gestores municipais participam da elaboração do Plano Nacional de Saúde por meio do CNS.

Considerou que há necessidade de: fortalecer os instrumentos de planejamento existentes (não vê necessidade de criar outros); de manter a ascendência do planejamento, considerando desta forma as necessidades locais e regionais; desburocratizar os repasses; e garantir financiamento sustentável para manutenção das ações e serviços de saúde previstos.

Marcos Moreira descreveu as características do PPA e do Plano Nacional de Saúde, que são instrumentos quadrienais, que se encontram alinhados (em termos de objetivos e metas). Citou a base legal (muitas mencionadas nesta audiência, salientando a Portaria de Consolidação nº1/2017, detalha questões relevantes para o planejamento).

O PPA 2020-2023 será alinhado ao PNS apenas ao nível de objetivos, pois o detalhamento tático do PPA passa a ser realizado no PNS. Os objetivos relacionados ao SUS passaram de 13 para 7, com apenas uma meta e um indicador para cada objetivo. Ou seja, o PPA relacionado ao SUS passará a ter 7 metas (antes eram 120).

Com relação à criação de um plano decenal, considerou que o PPA e PNS deixam de ter alinhamento temporal. Seriam necessárias mudanças no regimento próprio do MS (Portaria de Consolidação nº1/2017. Na sua visão, o PNS deixaria de fazer o detalhamento tático (no nível de metas) do PPA ou seria mais difícil de operar. Seriam necessárias adaptações nos sistemas de monitoramento e possivelmente, seria um instrumento mais geral, menos detalhado, focado em grandes estratégias. Enfim, considerou que o modelo atual está adequado, mas indicou que há outros setores do MS que seriam favoráveis.

Comentou sobre o **grande volume de recursos relacionados à judicialização (só no nível federal seria em torno de R\$ 7 bilhões)** e algumas iniciativas para abordá-la, como: a elaboração de protocolos clínicos, discussão com juízes e tribunais, a incorporação de tecnologia no SUS (aumenta o poder de barganha).

III.1.d. Audiência sobre Regionalização, Consórcios Públicos de Saúde

Nessa audiência (12/09/2019) participaram: Ana Lucia de Assis Gurguel e Leandro Manassi Panitz (representantes do Ministério da Saúde), Renê José Moreira dos Santos (representante do Conass), Nilo Bretas (representante do Conasems), Moyses Longuinho Toniolo de Sousa (representante do CNS), Carlos Augusto de Melo Ferraz (representante do Tribunal de Contas da União – TCU).

O vídeo desta audiência está disponível em:⁸

<https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56895>.

A Deputada Leandre comentou sobre o histórico dos consórcios de saúde no Paraná, indicando que são resolutivos, mas que custam caro aos municípios (que, em geral custeiam 87%, o Estado, 1%, e a União, 12%). Também informou que **a produção dos consórcios é subrepresentada no CNES** e sugeriu que emendas pudessem ser direcionadas a consórcios, para auxiliar na regionalização.

O Deputado Dr. Frederico mencionou que consórcios funcionam bem em Minas Gerais. Citou o caso de um município que era sede de uma região em que havia um consórcio, mas que não aderiu ao mesmo. Os municípios vizinhos, que aderiram, apresentaram boa qualidade de atenção especializada, enquanto que o município sede apresentava dificuldades. Entretanto isso elevou muito os gastos dos municípios que aderiram. Observou que há um **aumento dos gastos administrativos na saúde** (a que associou a uma burocratização excessiva do controle), bem maior que os gastos assistenciais.

⁸ O arquivo usado na apresentação do TCU em 12/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/TCUCARLOS.pdf>.

Renê Santos especificou o contexto histórico da regionalização, que foi intensificada após uma ênfase inicial no SUS da municipalização. A **regionalização contribuiu para um resgate do papel dos Estados no SUS**. A edição da Portaria 4279/10, que aborda as redes de atenção à saúde, também reforçou a necessidade de regionalização.

Na discussão da regionalização, o Conass destaca o modelo de gestão e organização, com clara definição do território sanitário (em regiões sanitárias), que facilita um planejamento regional integrado. Também relevantes são as definições sobre a atenção especializada (que tem sido área de atuação destacada dos consórcios municipais de saúde na oferta desse tipo de serviço de saúde). A Lei 11.107/05, regulamentou a contratação de consórcios públicos, contudo não era específica para a saúde, mas indicou que os consórcios de saúde deveriam seguir os princípios do SUS.

Observou que **há ausência de uma política nacional que trate da média complexidade ambulatorial e hospitalar**, enquanto existem políticas para a atenção primária e para a alta complexidade. Isso reflete-se numa falta de financiamento do cuidado, privilegiando o financiamento da produção. Essa situação não se modificará pela forma de registrar a produção dos consórcios, mas por nova forma de financiamento da média complexidade ambulatorial e hospitalar. Desse modo poderemos enfrentar as listas de espera, as consultas especializadas, os exames especializados, as cirurgias eletivas.

Também destacou que a discussão da regionalização precisa considerar o modelo de atenção à saúde, vinculado à atenção primária, e o conhecimento do volume de recursos que está sendo gasto pelos três níveis da federação na média complexidade (por vezes pulverizados e não reconhecidos pelo sistema), considerando redistribuição, para aumentar a eficiência. Os consórcios precisam atuar para atender necessidades identificadas no planejamento em regiões sanitárias definidas; sendo o financiamento adequado ao planejamento regional integrado, como parte do Plano Estadual de Saúde. É preciso esclarecer que consórcio não faz gestão, mas é um instrumento para atender as demandas da gestão. Sugeriu que emendas parlamentares deveriam observar o planejamento regional integrado.

Sobre **a informatização** indicou que é importante estabelecer primeiro as necessidades do sistema de saúde, mas nomeou

processos relevantes como prontuário eletrônico e o conjunto mínimo de dados.

Nilo Bretas mencionou o contexto histórico dos consórcios desde de antes da criação do SUS. Destacou a Portaria 4279/10, que estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS. Considerou que a governança não será realizada pelos prestadores. Há Estados com grande quantidade de municípios consorciados (PR, MG, CE), mas **a diferença entre os consórcios é grande (dependendo das regiões), até com grande variação de custos.**

Indicou que o registro da produção dos consórcios é desejável, mas não aumentará, por si, o financiamento; e que a destinação de emendas parlamentares a consórcios terá que ser direcionada ao gerenciamento dos gestores do SUS.

Moyses Sousa destacou que o Decreto 7508/11, que regulamenta o SUS, prevê **a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde.** Os consórcios precisam ser previstos em planejamentos e pactuados. Há os que não atendem apenas a atenção especializada, a exemplo de alguns que abordam ações básicas de saúde mental. Sugeriu que **a produção dos consórcios deveria estar registrada na RENASES** (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e enfatizou que o financiamento deveria ser compartilhado pelos três entes (aumentando a participação do nível federal), ressaltando o desafio de como pactuar novos serviços no contexto da EC 95/16. Também é preciso avaliar as experiências positivas e negativas dos consórcios.

Carlos Ferraz respondeu a questões formuladas previamente pela Subcomissão ao TCU. Com relação à atuação na área de consórcios e informatização nos três níveis de governo esclareceu que são realizadas fiscalizações (conformidade, operacional e financeira) por iniciativa própria (13% na área de saúde) ou denúncias e representações ao TCU (50%) ou por demanda do Congresso Nacional. Para tanto, faz uso de: levantamentos, auditorias, inspeções, acompanhamentos e monitoramentos. Quando problemas são encontrados, são realizadas recomendações aos gestores; como tem ocorrido na área de consórcios e de informatização (a maioria relacionada à conformidade de processos).

A agilização dos processos no TCU no caso da saúde é limitada pelo número de servidores da secretaria responsável pela área (Secex), que possui 52 pessoas para fiscalizar a complexa estrutura da saúde. Atualmente há déficit de auditores para cumprir as metas do TCU. Citou casos de atuação do TCU na saúde (Funasa, tratamento de doenças raras, tecnologia da informação e consórcio interestadual).

Sobre como o TCU poderia participar do planejamento das ações para garantir mais transparência e agilidade nas demandas em saúde, citou exemplo dos Estados Unidos, em que há uma lei de 1993 (Government Performance and Results Act) em que órgãos de governo precisam apresentar planos estratégicos e planos anuais de desempenho, que são debatidos nas comissões do Congresso (com apoio do órgão federal de controle). Tal lei explicita que a atividade não gera direitos subjetivos para terceiros, ou seja, a fixação e cumprimento de metas e objetivos não são passíveis de judicialização. Informou que o **TCU elaborará um referencial para avaliação de eficiência**, que poderá ser útil aos órgãos de controle de outros níveis da federação.

Ana Lucia Gurguel reiterou que **avanços no acesso quantitativo e qualitativo no SUS envolve a discussão da cooperação entre os entes federados, a regionalização, a formação de redes de atenção e o território sanitário**. Mencionou que o MS realizará reuniões sobre a questão dos consórcios com o Conass e o Conasems.

Leandro Panitz informou que participará de grupo de trabalho que o MS criará para abordar a questão dos consórcios. Esclareceu que **não há restrição cadastrar consórcios no CNES**. Por exemplo, 214 já estão cadastrados e 47 já apresenta produção. Será verificado porque os outros não estão cadastrados, se realizam oferta de serviços de saúde ou se compram serviços. Esse segundo tipo não se enquadra no critério atual de registro no CNES (pois não é estabelecimento de saúde nem gestor), de modo que isso será discutido no referido grupo de trabalho.

Sobre a metodologia de grupos diagnósticos relacionados, usados em pagamentos por serviços de saúde, o MS tem mantido contatos com governos do Reino Unido, Dinamarca (há termo de cooperação vigente desde 2016, que foi renovado até 2020, que inclui pilotos em hospitais do SUS, por especialidades médicas), Espanha e Portugal. Esses estudos fundamentarão novas propostas de pagamento na saúde. Reconheceu que as **várias**

metodologias de pagamento possuem vantagens e desvantagens e que os países em geral utilizam mais de um tipo. Além do “fee for service” o SUS utiliza o pagamento por pacote de atendimento (ex.: tratamento de pneumonia) ou por diária e a orçamentação (pode fomentar redução da oferta de serviços). Destacou que a qualidade dos registros dos atendimentos precisa melhorar (a informatização auxiliará nesse processo).

Foi consenso entre os participantes que **não há necessidade de elaborar uma política específica sobre consórcios**, pois estes são um dos instrumentos para a gestão do SUS.

IV – FONTES ADICIONAIS DE INFORMAÇÕES PARA O EIXO

Essa seção destaca informações relevantes, que contribuíram para este relatório setorial, destacando-se aquelas presentes no Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS e em levantamento realizado sobre proposições legislativas de interesse para o eixo de GRP em tramitação na Câmara dos Deputados.

Esta relatoria setorial também recebeu do Ministério da Saúde dados que atualizam o contexto do SUS, conforme texto denominado “O SUS em Números”, elaborado em dezembro de 2018. Informações destacadas deste texto são apresentadas no Apêndice.

IV.1 Dados do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS

Com base nos dados divulgados pelo Ministério da Saúde a respeito do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (janeiro a abril de 2019),⁹ são apresentados os objetivos que possuem relação com o eixo de GRP (cinco dos 13 objetivos que constam da Programação Anual de Saúde – PAS - apresentam tal relação) e que foram objeto de esclarecimentos nas informações adicionais do relatório.

No objetivo 07 (promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS) foi informado que, no caso das parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP), a situação da meta “encontra-se em andamento, porém o status é crítico em função do Ministério da Saúde decidir em não prosseguir com as outras oito parcerias, o que compromete o alcance da meta”.

A coleta e distribuição de plasma dos serviços de hemoterapia encontra-se suspensa desde outubro de 2016, por conta do excesso de plasma armazenado. “A expectativa é que o estoque acumulado seja processado por um novo fracionador internacional, viabilizando a normalização do estoque da Hemobrás e a retomada da coleta de plasma junto à Hemorede.”

⁹ Dados disponíveis em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_relatorio_quadrimestral_prestacao_contas_janeiro_a_bril_2019.pdf.

O próprio relatório recomenda: “estabelecer uma definição de responsabilidades clara entre Hemobrás e MS e acelerar as contratações necessárias para o processamento do plasma brasileiro”.

A meta de “executar 75% do processo de transferência de tecnologia dos hemoderivados, visando a produção pela Hemobrás” encontra-se em atraso, tendo atingido no quadrimestre apenas 46%. Há recomendação de “acelerar as contratações e fortalecer a equipe de engenharia”.

No objetivo 10 (promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho) há menções a projetos de capacitação específicos, sem que seja oferecida uma visão das necessidades mais amplas do setor.

No objetivo 11 (fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã) são mencionadas atividades de capacitação de lideranças na comunidade e de ampliação de ouvidorias e implantação de comitês de equidade.

No objetivo 12 (aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS), quanto à formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), instituído pelo Decreto 7.508/2011, o relatório informa que logrou êxito em apenas dois estados:

“Ceará e Mato Grosso do Sul, e atingiu 6% de regiões de saúde. Em 2016, as Comissões Intergestores Bipartite - CIB desses estados decidiram pela sua não renovação, em virtude de questões referentes à necessidade de revisão do instrumento e de seu fluxo. O tema foi levado ao conhecimento do plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como também foi avaliado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS). Esta esclareceu que a adesão ao COAP pelos entes federativos não é obrigatória, visto ter sido regulamentado por Decreto, sendo que somente Lei poderia estabelecer este tipo de obrigação. Diante disso, por meio da Resolução CIT nº 03/2016, foi instituído um subgrupo de trabalho vinculado ao Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (MS), do

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o objetivo de revisar o Decreto 7.508/11 e apresentar uma nova proposta, o que resultou na pactuação de resoluções que estabelecem diretrizes para os processos de regionalização e planejamento regional do SUS, contribuindo para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), quais sejam: Resolução CIT nº 10/2016, onde ficou estabelecido que novos serviços de saúde que demandem aporte financeiro por parte dos demais entes federados deverão ser acordados previamente entre todos os entes envolvidos em processo de planejamento integrado; e Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018 que instituem critérios para a criação de Macrorregiões de Saúde, observando a sustentabilidade da alta complexidade e mínimo populacional, bem como definem que o Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, cujo produto comporá o Plano Regional, pactuado na CIB e cuja consolidação será parte do Plano Estadual de Saúde. Ainda em 2018, por ocasião da revisão do PPA, foi proposta e aceita a redução da Meta, de 60% para 8,8% de COAP implantados, tendo em vista a impossibilidade de exclusão da meta em questão. Em sequência ao debate, foi retomada a agenda do subgrupo de trabalho acima referido, no primeiro quadrimestre de 2019, sendo formulada Resolução Tripartite que resgata o conceito original do COAP, qual seja: “acordo de colaboração entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde”. Nesse sentido, a elaboração do COAP deve observar as resoluções CIT que tratam da regionalização e do planejamento regional integrado (Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018), sendo o acordo de colaboração formalizado no Plano Regional. Assim, espera-se que o movimento de planejamento regional, previsto para ocorrer ao longo de 2019, possa dar cumprimento à meta ora analisada. Cabe ainda destacar a revogação da Resolução CIT nº 3/2012, que estabelecia regras e fluxos para o COAP, as quais, segundo argumentos

apresentados pelos estados que celebraram esse instrumento, inviabilizavam seu seguimento nesse formato.”

Observa-se que o setor saúde está modificando previsão de decreto por meio de Resoluções da CIT, o que se configura numa inversão na hierarquia de normas.

No objetivo 13 (melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS), foi mencionada discussão de metodologia de rateio dos recursos federais entre os entes federados, desde o início de 2018, no âmbito do PROADI, com objetivo de debater as necessidades de saúde, indicadores relacionados e a metodologia de cálculo de rateio propriamente dita, com vistas a futura deliberação no âmbito da Tripartite (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS). Foi destacado que o projeto foi fruto de demanda do CONASEMS no âmbito do Comitê Gestor do PROADI e firmado em julho/2018 com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, com previsão de término em dezembro de 2020. Estão previstas três etapas de discussões: a) necessidades de saúde; b) indicadores relacionados às necessidades de saúde; e c) metodologia para os critérios de rateio conforme necessidade de saúde.

IV.2 Proposições em tramitação de interesse para o eixo GRP

Por meio de busca ao Sistema de Informações Legislativas (Sileg) da Câmara dos Deputados foram identificadas as seguintes proposições de interesse com potencial para promover modificações significativas em áreas de interesse do eixo GRP. São elas:

- [PL 1374/2019](#), que institui instrumento de pactuação regional e fundo associado (de autoria do Deputado Júnior Ferrari, tramitando na CSSF, aguardando parecer da Relatora, Deputada Carmen Zanotto);

- [PL 1375/2019](#), que institui o Plano Nacional Decenal da Saúde (de autoria do Deputado Júnior Ferrari, tramitando na CSSF, aguardando parecer da Relatora, Deputada Carmen Zanotto);
- [PRN 8/2015](#), que regulamenta a apresentação do Relatório Quadrimestral do SUS no Congresso Nacional (de autoria do Sr. Betinho Gomes, tramitando no Congresso Nacional, aguardando votação pelo Plenário);
- [PEC 245/2013](#), que destina recursos da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural para as áreas de educação, saúde, meio ambiente, ciência e tecnologia, defesa e segurança pública, energia e infraestrutura (de autoria do Sr. Angelo Vanhoni, tramitando apensada à PEC 545/2006, aguardando procedimento da Mesa da Câmara dos Deputados);
- [PEC 1/2015](#), que altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% (de autoria do Deputado Vanderlei Macris e pronta para pauta do Plenário da Câmara);
- [PEC 79/2015](#), que dá nova redação ao parágrafo 10 do art. 166 da Constituição Federal, para excluir expressamente do piso constitucional destinado pela União às ações e serviços de saúde o montante das emendas parlamentares com a mesma destinação (de autoria do Deputado Célio Silveira e aguardando deliberação na CCJC);
- [PLP 251/2005](#), que inclui parágrafos no art. 19 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, para aumentar o gasto com pessoal na área de saúde para até 75% (setenta e cinco por cento) dos recursos financeiros destinados à saúde (de autoria do Sr. Roberto Gouveia e pronta para pauta do Plenário da Câmara);
- [PL 2760/2015](#), que viabiliza a criação de uma conta específica no Sistema Único de Saúde pelo governo federal, a fim de aportar os recursos provenientes de condenações e devolução de dinheiro público desviados indevidamente pelos agentes públicos (de autoria do Deputado Beto Rosado e pronta para pauta na CCJC);

- [PL 5978/2016](#), que cria a obrigação de recomposição dos gastos realizados pelo Sistema Único de Saúde Municipal receptor decorrentes do atendimento de cidadão domiciliado em Município diverso do de atendimento. (de autoria do Sr. Simão Sessim e pronta para pauta na CSSF).

V – CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES

Nas audiências realizadas no eixo de GRP ficou evidente a complexidade do sistema de saúde do Brasil, que mesmo enfrentando desafios das transições cultural, demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica, tem apresentado para a sociedade valiosos serviços e uma impressionante produção.

Também foi reiterada a situação de subfinanciamento do SUS (caracterizado pela redução relativa da participação da União e aumento da participação de Estados e, principalmente, dos Municípios), agravado pela crise econômica e, mais recentemente, pelo “desfinanciamento” do setor. Nesse contexto, o debate neste eixo também buscou evidenciar problemas e sugestões de aperfeiçoamento na esfera da gestão, sem, contudo, excluir o debate da melhoria do financiamento.

No campo da gestão, foi consensual a necessidade de aperfeiçoar o **modelo de atenção à saúde**, incluindo o fortalecimento da **atenção primária**, mas com a devida atenção ao aprimoramento de **serviços de maior complexidade**, por exemplo, por meio da definição de uma política para a média complexidade ambulatorial e hospitalar.

A **regionalização** é central e seu desenvolvimento é relevante para garantir acesso e integralidade no sistema, ainda que problemas na esfera política dificultem a elaboração de planos regionais. A regionalização tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde, com vistas à ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde. A regionalização também contribuiu para um resgate do papel dos Estados no SUS e a edição da Portaria 4279/10, que aborda as redes de atenção à saúde, também reforçou a sua necessidade.

Outros gargalos que demandam soluções incluem:

- a **judicialização**, envolvendo os três níveis da federação, mas particularmente no nível municipal, em que gestores estão sujeitos a atender demandas rapidamente, sob pena de multa e até prisão, gerando situações em que outros setores da saúde ficam prejudicados – apenas no nível federal os gastos anuais com a judicialização chegam a R\$ 7 bilhões;

- a **insuficiente informatização** do sistema, que precisa atender às necessidades do sistema de saúde, com base em prontuário eletrônico padronizado, seguro e abordando um conjunto mínimo de dados; num contexto de dificuldades de infra estrutura para abranger todo o território nacional;

- o uso ainda **incipiente de novas tecnologias** no campo da tele saúde, as quais possuem o potencial de ampliar a eficiência do sistema e aumentar a qualidade da atenção, quando criteriosamente utilizada, de modo a manter os padrões de segurança para os usuários do sistema de saúde; e a

- a não implementação do **planejamento ascendente** em sua plenitude, apesar de já estar previsto na legislação sanitária desde a criação; o que tem mantido o viés de centralização das políticas públicas de saúde, a partir do nível federal, ainda que as pactuações entre os gestores dos três níveis da federação representem um avanço nesse sentido.

Foi percebida uma ampla atividade nas **instâncias de participação do SUS**, que precisa ser concretizada na efetiva consideração das demandas dos cidadãos na gestão do SUS, de modo que suas necessidades sejam atendidas com a devida presteza e qualidade, e com o devido senso de urgência.

Dos debates sobre temas específicos de gestão, sobressaiu-se a atuação dos **consórcios de saúde**, que foram considerados importantes instrumentos de gestão para os municípios, possibilitando ganhos de escala e racionalização na oferta de serviços de saúde, embora o registro de sua produção e seu financiamento enfrentem dificuldades. Não se considera necessário desenvolver uma política específica sobre consórcios, contudo um grupo de trabalho criado pelo Ministério da Saúde buscará medidas para um melhor aproveitamento deste instrumento.

Com relação aos recursos provenientes de **emendas parlamentares**, foi indicado que necessitam contribuir para o sistema de saúde de forma mais coerente e planejada, para evitar ineficiências e apoiar a superação de problemas identificados no âmbito regional.

Quanto à adoção de um **plano decenal de saúde**, apesar de, em geral, gestores do SUS considerarem que os instrumentos de gestão existentes serem suficientes, a inexistência de metas de longo prazo para o SUS

dificulta o avanço do sistema, uma vez que não há uma visão de longo prazo para direcionar esforços para uma situação em que as demandas dos **cidadãos estejam no centro do sistema**.

VI – RECOMENDAÇÕES

Para abordar os problemas já mencionados, recomenda-se ao **Ministério da Saúde**:

Quanto ao modelo de atenção à saúde

- priorizar o fortalecimento da atenção primária à saúde, mas também definir uma política para a média complexidade ambulatorial e hospitalar;

Na esfera do planejamento e avaliação

- promover o planejamento regional integrado no SUS e o acompanhamento individualizado das informações dos usuários;
- incorporar indicadores de qualidade e também de custo para o monitoramento da atenção realizada pelo SUS;

Na contratação e gestão dos serviços

- acelerar a implantação da contratualização do cuidado no SUS, considerando o custo, qualidade e o desfecho do tratamento, para além de pagamentos por procedimentos;

- ampliar o registro da produção realizada pelos consórcios no SUS;

Na abordagem da judicialização

- ampliar a elaboração de protocolos clínicos e a disponibilização de apoio técnico a juízes e tribunais;

Na divulgação de informações

- informar regularmente à CSSF sobre ações em desenvolvimento no Ministério da Saúde no campo da gestão, a exemplo do instrumento para dar suporte à Programação de Média e Alta Complexidade (que substitui a Programação Pactuada Integrada - PPI), o qual permitirá programação regional; do Conjunto Mínimo de Dados (CMD), que permitirá acompanhamento individualizado das informações dos usuários; do grupo de trabalho criado pelo MS para abordar a questão dos consórcios; e sobre estudos (nacionais e internacionais) a respeito de métodos de pagamentos no SUS.

Recomenda-se à **Câmara dos Deputados**:

Na esfera da produção legislativa

- acompanhar a tramitação da proposta do PPA 2020 – 2023, observando se as diretrizes do CNS foram consideradas;
- adotar critérios para a destinação de emendas parlamentares da saúde, que considerem os vazios assistenciais indicados pelos gestores do SUS em suas programações;
- considerar apoio às proposições apresentadas no item IV.2 deste relatório, que são estruturantes para o desenvolvimento da gestão do SUS, particularmente das três proposições citadas a seguir;
- deliberar sobre o PL 1375/19 (de autoria do Deputado Júnior Ferrari, tramitando na CSSF, aguardando parecer da Relatora, Deputada Carmen Zanotto), sobre a criação do Plano Decenal de Saúde, recomendando à Relatora que incorpore ao projeto a exigência de um planejamento ascendente, a garantia de que o alinhamento temporal entre o PPA e o PNS será mantido (uma vez que esses instrumentos não seriam modificados, a exemplo do que ocorreu com a implantação do Plano Decenal da Educação) e de que o Plano Decenal abordará metas de maior nível estratégico;
- deliberar sobre PL 1374/19, (de autoria do Deputado Júnior Ferrari, tramitando na CSSF, aguardando parecer da Relatora, Deputada Carmen Zanotto), que aborda instrumento para contratualizar a regionalização do SUS (atualmente, as determinações do Decreto nº 7.508, de 2011, que criou o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, não estão sendo implementadas), bem como a criação de Fundo específico para facilitar a adesão aos pactos entre gestores;
- atuar junto ao Congresso Nacional para que ocorra deliberação sobre o PRN 8/15 (de autoria do Sr. Betinho Gomes, tramitando no Congresso Nacional, aguardando votação pelo Plenário) que regulamenta a apresentação do Relatório Quadrimestral do SUS no Congresso Nacional (as apresentações têm ocorrido, mas de modo não sistemático, por exemplo, o prazo

para a última apresentação finalizou em setembro, mas a mesma ainda não ocorreu);

Na disponibilização e divulgação de informações

- divulgar dados de indicadores do RQPC federal e sobre proposições sobre saúde em tramitação na Câmara dos Deputados, por meio de painéis virtuais do Observatório da Saúde da Subcomissão Permanente de Saúde, divulgados a partir de página da Internet da CSSF;

- estabelecer cooperação com o CNS para que encaminhe regularmente dados de monitoramento sobre execução orçamentária e de metas físicas da gestão federal do SUS;

- solicitar ao Conass e Conasems dados sobre o planejamento integrado realizado, incluindo metas regionais e mapas estratégicos elaborados;

- apoiar as casas legislativas de Estados e Municípios na divulgação de dados dos RQPC, apresentados pelos gestores do SUS;

- conhecer as atividades do PROADI referentes ao estudo de metodologias para a repartição de recursos no SUS;

- divulgar o referencial para avaliação de eficiência, que o TCU disponibilizará e que poderá ser útil aos órgãos de controle de outros níveis da federação;

- solicitar à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados estudo sobre a situação da partilha dos recursos do Pré-Sal para saúde (como aplicação adicional ao mínimo);

- solicitar à Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados (CONOF) estudo sobre a evolução dos valores nominais de recursos aplicados na saúde pelos entes federados após 2015.

Este é o Relatório que nos cabia elaborar.

Sala da Comissão, em de de 2019.

DEPUTADA ADRIANA VENTURA

RELATORA SETORIAL

APÊNDICE - DADOS INFORMADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os dados e gráficos a seguir foram fornecidos pelo Ministério da Saúde, a partir da publicação “O SUS em Números (dezembro 2018).

Dimensão do SUS

- Mais de 70% da população usa o Sistema Único de Saúde (SUS);
- 160 Milhões de pessoas dependem apenas da saúde pública;
- Em 2017, o SUS realizou 3,9 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas/atendimentos, 899,6 milhões de exames e 11,6 milhões de internações.

Serviços e profissionais do SUS

- 611 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 42.826 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 7.554 hospitais, 328.922 Leitos SUS, 135 hospitais psiquiátricos, 2.569 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 147 Consultório na Rua, 326.611 médicos e 811.527 enfermeiros, 43.015 equipes de Saúde da Família, 263.259 Agentes Comunitários de Saúde, 69.939 Agentes de Combates de Endemia, 1.060 equipes de Atenção Domiciliar, 3.336 ambulâncias do SAMU.

SUS é referência

- O Brasil possui o maior sistema de saúde pública para países com mais de 100 milhões de habitantes;
- O Programa Nacional de Imunização oferece todas as 19 vacinas recomendadas pela OMS;
- Possui a maior e mais complexa rede de banco de leite humano do mundo (220 bancos e 198 postos de coleta);
- É referência em doação de sangue para América Latina, Caribe e África;

- Tem o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo;
- A resposta brasileira à epidemia de HIV/aids é reconhecida mundialmente;
- Atendimento integral ao doente renal crônico com oferta de diagnóstico, tratamento (diálise e hemodiálise) e transplante.

Diagnóstico da saúde da população

- 54% dos brasileiros acima de 18 anos estão com excesso de peso e 18,9% são obesos - a obesidade aumentou 60% desde 2006;
- 34,6% dos brasileiros consomem regularmente frutas e hortaliças - 5 ou mais dias da semana;
- 46% da população brasileira não pratica regularmente atividade física - pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa;
- Pelo menos, 7,6% da população é diabética e 24,3% hipertensa;
- No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis corresponderam a cerca de 75% das causas de morte, como doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes;
- 60,8% das crianças menores de 2 anos comem biscoitos ou bolachas recheadas e 32,5% consomem refrigerante 5 ou mais vezes por semana;
- 7,8% dos adolescentes (13 a 17 anos) estão obesos. Entre as crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, o excesso de peso atinge 34,8% e a obesidade a 16,6%;
- São 27,0 milhões de idosos no país, 13% da população brasileira. Em 2030, serão 41,5 milhões (19%).

Acesso ao SUS - Pesquisa Nacional de Saúde 2013

- 71,1% dos brasileiros afirmaram utilizar serviços públicos de saúde;

- 47,9% apontaram as UBSs como principal porta de entrada aos serviços do SUS;
- 38,8% dos que não conseguiram atendimento de saúde alegaram não haver médico;
- 65,7% das pessoas que foram hospitalizadas em 2012/13 foram no SUS;
- 92,4% dos brasileiros que tiveram prescrição de medicamento conseguiram obter pelo menos um medicamento;
- 1/3 dessas pessoas (33,2%) obtiveram medicamentos no serviço público de saúde;
- 21,9% conseguiram obter Programa Farmácia Popular pelo menos um dos medicamentos.