

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 1.374, DE 2019

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP - como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - e dá outras providências.

Autor: Deputado JÚNIOR FERRARI

Relatora: Deputada CARMEN ZANOTTO

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 1.374, de 2019, de autoria do ilustre Deputado Júnior Ferrari, objetiva instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP - e o Fundo de Apoio ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – FCOAP.

O art. 2º da proposição insere cinco artigos na Lei nº 8.080, de 1990. O primeiro institui o COAP como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no apoio e na execução de ações e serviços de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS);

O segundo artigo a ser inserido na Lei nº 8.080, de 1990, especifica que o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federados com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;



O terceiro artigo a ser inserido na Lei nº 8.080, de 1990, esclarece que:

- o objeto do COAP é a organização e a integração das ações e serviços públicos de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos e sob o controle social, em rede de atenção, regionalizada e hierarquizada, com registros eletrônicos imediatos de seus atos e ações, nas regiões de saúde;

- o instrumento resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde;

- as regiões de saúde poderão agrupar Municípios de um ou mais Estados, sendo definidas pelos entes federados envolvidos, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde;

- são signatários do instrumento os entes municipais que compõem uma região de saúde, constituída sob a forma do disposto em decreto estadual, o Estado e a União;

- a renovação do instrumento ocorrerá a cada quatro anos, seguindo a mesma periodicidade do Plano Plurianual;

- o debate prévio à celebração do COAP contará com a participação de representantes do Ministério Público e de órgãos de controle.

O quarto artigo a ser inserido na Lei nº 8.080, de 1990, estabelece o conteúdo essencial do COAP, que incluirá: a) identificação das necessidades de saúde locais e regionais, segundo níveis de complexidade dos serviços de saúde e o tamanho da população a ser atendida; b) a oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional; c) as responsabilidades assumidas pelos entes federativos, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federado; d) indicadores e metas de saúde; e) investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; f) recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução; e g) sanções administrativas a serem aplicadas aos entes

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carmen Zanotto

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213016047700>



signatários em caso de descumprimento total ou parcial das cláusulas do COAP.

O quinto artigo a ser inserido na Lei nº 8.080, de 1990, prevê que o descumprimento das determinações dos quatro artigos anteriores e do § 7º, do art. 35 da mesma Lei será punido segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

O art. 3º da proposição prevê que o art. 16, da Lei nº 8.080, de 1990, passa a vigorar acrescido de parágrafo adicional que estabelece que a União poderá executar ações e serviços de saúde supletivamente, em cooperação com Estados e Municípios.

O art. 4º do projeto institui o Fundo de Apoio ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – FCOAP, de natureza contábil, para destinar recursos voltados para a execução das ações e serviços públicos de saúde, pactuados por pessoas jurídicas de Direito Público, que integrem o SUS. Também indica que o acordo de colaboração entre os entes federativos para aplicação dos recursos do FCOAP será firmado por meio de COAP.

O art. 5º da proposição especifica os recursos do FCOAP, quais sejam: a) dotações orçamentárias da União; b) doações, nos termos da legislação vigente; c) legados; d) subvenções e auxílios de entidades de qualquer natureza, inclusive de organismos internacionais; e) rendimentos de qualquer natureza, que o Fundo venha a auferir como remuneração decorrente de aplicações do seu patrimônio; e f) outros, destinados por lei.

O art. 6º do projeto estabelece que as ações e serviços públicos de saúde financiados pelo FCOAP terão as diretrizes aprovadas pelos Conselhos de Saúde do SUS dos três níveis da federação, e planejadas pelas Comissões Intergestores de nível nacional, estadual e regional.

O art. 7º da proposição especifica as atividades em que os recursos do FCOAP serão obrigatoriamente aplicados, incluindo: a) compensação para Municípios que executarem ações e serviços públicos de saúde para residentes em outros Municípios; b) atendimento de ações judiciais



que demandem ações e serviços públicos de saúde não previstos no COAP; e c) contratação de profissionais da saúde para atuar na atenção básica, em região de vazio assistencial, identificada em COAP.

O art. 8º da proposição veda o uso dos recursos do FCOAP para: a) serviços da dívida; e b) quaisquer outras despesas correntes não vinculadas às ações de saúde no âmbito do SUS e não pactuada por meio de COAP.

Finalmente, o projeto prevê que a vigência da Lei ocorrerá em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

Na Justificação, o ilustre autor destacou que a criação do COAP “pretende contribuir para a superação da falta de previsão legal que torne obrigatória a pactuação entre os gestores no SUS; por meio de dispositivos que transformam em determinação legal o referido contrato (criado pelo Decreto nº 7.508, de 2011, mas que não obteve adesão dos gestores do SUS)”.

Quanto ao FCOAP, indicou que o mesmo oferece “uma nova fonte de recursos para os entes federativos que celebrem o COAP, considerando que a celebração desse contrato colabora para um planejamento mais eficaz das ações públicas de saúde em nível federal, estadual e municipal.”

A proposição foi despachada para a deliberação conclusiva das Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF); de Finanças e Tributação (CFT) e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC); cabendo às duas primeiras a avaliação do mérito.

Decorrido o prazo regimental, não foram apresentadas emendas nesta Comissão.

É o relatório.

II - VOTO DA RELATORA



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carmen Zanotto
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213016047700>



Essa proposição aborda instrumentos de grande relevância para o SUS, pois trata de questões que são centrais para o seu desenvolvimento: a promoção da regionalização e o incremento do financiamento das ações e serviços de saúde.

A **Subcomissão Permanente de Saúde** (SUBSAÚDE-2019), que tive a honra de presidir, aprovou na CSSF em 20/11/19, sob a relatoria geral do Deputado Luiz Antônio de Souza Teixeira Jr., um relatório em que a relevância deste Projeto foi reconhecida; uma vez que a proposição em análise foi listada, na seção VI.2, como uma daquelas em tramitação na Câmara dos Deputados, com potencial para promover modificações significativas nas políticas de saúde.

Destaco a sensibilidade do Deputado Júnior Ferrari, que resgatou o debate de matéria que já tramitou e foi arquivada. O ilustre Autor observou que a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), foi abordado no Projeto de Lei nº 1.645, de 2015, de autoria do Deputado Odorico Monteiro e no Projeto de Lei nº 2.748, de 2015, de autoria do ex-Deputado Betinho Gomes. A proposição principal até foi aprovada em dezembro de 2018 nesta CSSF, sugerida nas recomendações do Relatório da Subcomissão Especial destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborado pelo Deputado Paulo Foletto e aprovado pela CSSF em 2015.

Trata-se, pois de uma proposta de um colegiado desta Casa, que até o momento não havia recebido a devida divulgação e análise. A referida Subcomissão de 2015 concluiu pela necessidade de se oferecer incentivos financeiros aos entes federativos que celebram o COAP, para estimular a adesão dos entes federados.

A criação do COAP por meio de lei objetiva oferecer mais segurança à pactuação entre os gestores no SUS, por meio de dispositivos que transformam em determinação legal o referido contrato (criado pelo Decreto nº 7.508, de 2011, mas que não obteve adesão dos gestores do SUS), bem como o conteúdo do mesmo.



A criação do Fundo de Apoio ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – FCOAP - oferece uma nova fonte de recursos para os entes federativos que celebrem o COAP. É uma nova maneira de direcionar recursos no SUS, de forma planejada e pactuada.

Os dois instrumentos objeto do projeto em análise (o COAP e o FCOAP) certamente promoverão a regionalização, o detalhamento dos papéis e responsabilidades de cada ente federado e a vinculação de recursos suficientes para as pactuações previstas no instrumento.

A importância do desenvolvimento da regionalização no SUS foi destacada no referido **Relatório da SUBSAÚDE-2019**. Por exemplo, o representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (**CONASS**), o Sr. René Santos, na audiência realizada em 15/08/2019, indicou que, atualmente, é central a questão da regionalização e defendeu um novo pacto tributário e sanitário de responsabilidade entre os entes federados, com clareza para a sociedade sobre os resultados almejados. Outra representante do CONASS, Lourdes Almeida, observou em 10/09/2019, 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.

Em 12/09/2019, numa audiência específica sobre “Regionalização e Consórcios Públicos de Saúde”, o Sr. Renê Santos observou que a regionalização contribuiu para um resgate do papel dos Estados no SUS. A própria edição da Portaria 4279/10, que aborda as redes de atenção à saúde, também reforçou a necessidade de regionalização. 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), para aumentar a eficiência.

O representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (**CONASEMS**), o Sr. Nilo Bretas, salientou em 22/08/2019, que a regionalização é a única forma de garantir acesso e



integralidade, embora tenha observado que questões na esfera política dificultam a elaboração de planos regionais.

A representante do **Ministério da Saúde**, a Sra. Ana Lucia Gurguel, reiterou em 12/09/2019 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.

O relatório da **SUBSAÚDE-2019**, ao debater a situação da atenção de média e alta complexidade (MAC) registrou que:

*“com a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar a **regionalização** acaba tendo papel fundamental para organização da oferta existente. Não existe outro caminho mais adequado para otimizar os serviços e melhorar o acesso da população. Desta forma, em todos os debates saltam aos olhos a necessidade de cumprimento deste princípio e o fomento de ações que contribuam para a efetivação da regionalização da saúde, em especial na temática da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial.”*

Na seção de “Considerações e Conclusões” o relatório da SUBSAÚDE-2019 concluiu que:

“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.”

Entre as recomendações ao Ministério da Saúde, o relatório da SUBSAÚDE-2019 incluiu a promoção do planejamento regional integrado no SUS, bem como a ampliação da regionalização, com destaque para a atenção primária e para a MAC.

Ficou evidente, assim, o destaque que a SUBSAÚDE-2019 deu à regionalização, que é foco deste Projeto.



No que se refere ao COAP, o relatório da SUBSAÚDE-2019 destacou informações de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) do Ministério da Saúde, segundo o qual a formalização do COAP:



“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.*





Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carmen Zanotto
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213016047700>



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.”

A SUBSAÚDE-2019 observou que o setor saúde está modificando previsão de Decreto (no caso, o COAP) por meio de Resoluções da CIT, o que se configura **numa inversão na hierarquia de normas**. O Projeto de Lei nº 1.374, de 2019, certamente fortalecerá a **segurança jurídica** nas pactuações entre os entes federados.

Dirigindo as atenções para os dispositivos do Projeto de Lei nº 1.374, de 2019, destaco aqueles que buscam: a) transformar em determinação legal o próprio COAP; b) estabelecer que a União poderá executar ações e serviços de saúde supletivamente (situação que ocorre na prática, mas ainda não está prevista na Lei 8080/1990), em cooperação com Estados e Municípios; c) valorizar o caráter voluntário da adesão ao COAP (quem não aderisse continuaria a receber as transferências como ocorrem atualmente, mas quem aderisse teria maior flexibilização para gerenciar os recursos e acesso ao FCOAP), em que o foco seria as vantagens para a gestão; d) considerar, na repartição de recursos, a capacidade financeira dos Municípios, o tamanho da população e a estrutura e demanda de saúde; e) que as metas do COAP acompanhem a periodicidade dos planos plurianuais; e d) incluir a participação do Ministério Público e de órgãos de controle na pactuação.



O FCOAP prevê a destinação de recursos adicionais voltados para: a) compensação para Municípios que executarem ações e serviços públicos de saúde para residentes em outros Municípios (a exemplo dos tratamentos fora do domicílio), b) atendimento de demandas de judicialização não previstas na programação regular, c) financiar carreira na atenção básica em região de vazio assistencial, para fortalecer a Estratégia Saúde da Família.

Os méritos dessa proposição são claros e apenas apresento duas emendas que julgo necessárias para aprimorá-la. A primeira corrige um engano no art. 2º da proposição em que há referência a um parágrafo inexistente no art. 35 da Lei nº 8080, de 1990.

A segunda emenda exclui a menção de que o FCOAP possa ser destinado a atender demandas de judicialização, justamente para evitar que o objeto de cuidadoso planejamento e pactuação tenha sua implementação dificultada, pela retirada súbita de recursos. Ao invés, foi acrescentada a destinação para o fortalecimento de ações e serviços de saúde da atenção primária e da média e alta complexidade ambulatorial.

Tal previsão alinha-se, por exemplo com a atual estratégia do Ministério da Saúde de fortalecer a atenção primária. A previsão da possibilidade de uso dos recursos da FCOAP na MAC ambulatorial, permitirá um avanço futuro também nesta área.

Diante do exposto, e observando que essa proposição consiste numa relevante contribuição do Legislativo para aprimorar o SUS, propiciando um meio concreto de fortalecer a **regionalização**, voto pela aprovação do Projeto de Lei nº 1.374, de 2019, com as modificações das duas emendas que apresento em anexo.

Sala da Comissão, em de de 2021.

Deputada CARMEN ZANOTTO
Relatora



2019-24031

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carmen Zanotto

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213016047700>



COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA**PROJETO DE LEI Nº 1.374, DE 2019**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP - como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - e dá outras providências.

EMENDA Nº 01

Dê-se ao art. 2º do projeto a seguinte redação:

"Art. 2º O Capítulo III, do Título II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 14-C, 14-D, 14-E, 14-F e 14-G:

.....
.....
.....

Art. 14-G As infrações às determinações dos arts. 14-C, 14-D, 14-E, 14-F desta Lei serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente."

Sala da Comissão, em de de 2021.

Deputada CARMEN ZANOTTO
Relatora

2019-19261



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carmen Zanotto
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213016047700>



COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA**PROJETO DE LEI Nº 1.374, DE 2019**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP - como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - e dá outras providências.

EMENDA Nº 02

Dê-se aos incisos II e III do art. 7º do projeto, a seguinte redação:

"Art 7º

II – fortalecimento de ações e serviços de saúde da atenção primária e da média e alta complexidade ambulatorial;

III – contratação de profissionais da saúde para atuar na atenção primária, em região de vazío assistencial, identificada em Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde."

Sala da Comissão, em de de 2021.

Deputada CARMEN ZANOTTO
Relatora

2019-19261



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carmen Zanotto
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213016047700>

