

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

**Subcomissão Especial destinada a tratar da
Reestruturação da Organização, Funcionamento e
Financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS**

RELATÓRIO

Relator: Deputado PAULO FOLETTO

SETEMBRO / 2015

SUMÁRIO

I – REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO DA SUBCOMISSÃO	3
II – COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO	6
III – INTRODUÇÃO	8
IV - LISTA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS REALIZADAS	11
V – FONTES ADICIONAIS DE INFORMAÇÕES PARA A SUBCOMISSÃO.....	12
VI – SÍNTESES DAS CONTRIBUIÇÕES OFERECIDAS NAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS.....	13
VI.1 Audiência 01 - PEC 01/15 e Financiamento do SUS.....	13
VI.2 Audiência 02 - Garantia de acesso / Asseguramento e Gestão do SUS ...	16
VI.3 Audiência 03 - Gestão do SUS / planejamento e controle	22
VI.4 Audiência 04 - Prestação de Serviços do SUS / Judicialização	29
VI.5 Audiência 05 - Recursos Humanos para o SUS.....	35
VI.6 Exposição na CSSF sobre a dívida do Brasil	46
VII – CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES	49
VIII – RECOMENDAÇÕES.....	61
APÊNDICES.....	68
A) Conteúdos de áreas temáticas, utilizadas para organizar as audiências públicas.....	68
B) Proposições legislativas.	70

I – REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO DA SUBCOMISSÃO

Esta Subcomissão teve origem no seguinte Requerimento, do Deputado Odorico Monteiro (PT/CE), apresentado na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) em 11/03/2015 e aprovado em 25/03/2015:

REQUERIMENTO Nº 18/2015 CSSF

(Do Sr. ODORICO MONTEIRO)

Requer a criação no âmbito desta Comissão de Seguridade Social, Saúde e Família (CSSF), de uma SUCOMISSÃO ESPECIAL destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do artigo 29, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a criação de Subcomissão Especial, destinada a tratar de Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema único de Saúde (SUS), inclusive, destinada a acompanhar, avaliar e sugerir alterações às políticas e ao setor Saúde.

JUSTIFICACÃO

A saúde, particularmente o financiamento das ações e serviço tem sido objeto de preocupação dos diversos segmentos da sociedade, seja pela repercussão social ou pela oportunidade de participação em diversos eventos e espaço do controle social e também um dos maiores desafios dos governantes que assumiram. Em um levantamento do Ministério da Saúde para atestar a qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a média nacional ficou em

5,5, em uma escala de 0 a 10. Além disso, a expectativa de vida da população brasileira e novos eventos demandam cada vez mais recursos para financiar a saúde.

Nesse sentido, os esforços realizados para aprovação da PEC 29 e a regulamentação – Projeto de Lei Complementar nº 141/2012, foram importantes, mais insuficientes para atender a escassez de recursos. Bom lembrar que a necessidade por mais financiamento para as ações de saúde não são dessa década. Há de reconhecermos que a busca de fontes para financiar as ações e serviços de saúde foram dos governos do presidente Lula e da Presidenta Dilma que contou com a participação efetiva do legislativo. A aprovação da Lei Complementar e as negociações para garantir outras fontes de financiamentos e parcerias são fundamentais para garantir serviços e atendimento de qualidade.

Ainda assim, os recursos são insuficientes, pois para a Organização Mundial de Saúde (OMS), sistemas de cobertura universal, como o brasileiro, demandam 6,5% do PIB. Porém, a proposta da PEC nº 358/2015, propõe que a União destine um percentual mínimo de 15% da sua receita corrente líquida para a saúde. Contudo, o percentual, deverá ser atingido de forma gradativa em até quatro anos. Outro aspecto que chama atenção, diz do percentual mínimo obrigatório para 2015, que será de 13,2%, inferior aos 14,2% aplicados pelo Governo Federal em 2014 e o Projeto de iniciativa popular que colheu mais de 2,2 milhão e meio de apoio da população que propõe a destinação de 10% das receitas federais para a Saúde.

Importante afirmar que as negociações do Governo com o Congresso Nacional para que 25% dos royalties do pré-sal (Fundo do pré-Sal) fossem utilizados para a saúde ampliam significativamente os recursos para financiar a saúde. Ressaltamos, que entre 2014 e 2015, os recursos destinados aos investimentos para o setor, no orçamento da União, já apresentam um crescimento de 8,8% a mais.

No que se refere ao acesso ao sistema de saúde, passos importantes foram dados pelo o governo. O lançamento do Programa Mais

Médico, a ampliação de oferta de vagas em universidades pública e privadas visando atender a necessidade de médicos em regiões onde há escassez e ausência de profissionais são passos importantes ampliara a cobertura. A reestruturação do Sistema Único de Saúde é um tema central, no que se refere ao modelo adotado. Inclui-se, nesse debate a forma de gestão e o modelo de atenção básica, alterado com o Programa Mais Médicos.

No que se refere ao acesso ao sistema de saúde, o governo lançou o Programa Mais Médicos, como parte de um amplo pacto pela melhoria no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Essa iniciativa faz parte de um amplo pacto pela melhoria no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que Prevê, ainda, investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos às regiões onde há escassez e ausência de profissionais.

De acordo com o Regimento as Comissões cumprir funções legislativas e fiscalizaras (sic), contribuindo com a elaboração de leis e acompanhamento das ações administrativas, no âmbito do Poder Executivo. Podendo, estabelecer plano de trabalho e organização que atenda suas especificidades e der celeridade aos processos legislativos.

Neste sentido, e com o objetivo de ampliar o debate sobre temas pertinentes ao SUS e contribuir com o seu fortalecimento , venho propor a Comissão de Seguridade, a Saúde e Família, a criação de uma Subcomissão Especial destinada a tratar da Reestruturação da Organização, do Funcionamento e do Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por finalidade discutir, avaliar, propor e sugerir ao Poder Executivo, medidas e modelo que transformem o SUS.

Sala das Sessões, de de 2015

ODORICO MONTEIRO

Deputado Federal (PT/CE)

II – COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

Presidente: Deputado Osmar Terra.

Vice-Presidente: Deputado Dr. Jorge Silva.

Relator: Deputado Paulo Foletto.

Constituída em: 15/04/2015

Instalada em: 16/04/2011

Prazo: 180 dias (90 dias iniciais adicionados de período de prorrogação, por meio do Requerimento 150/2015/CSSF, aprovado em 15/07/15).

Nº de membros titulares: 17.

TITULARES	SUPLENTES
Dep. Christiane Yared – PTN/PR	Dep. Rômulo Gouveia – PSD/PB
Dep. Geovânia de Sá – PSDB/SC	Dep. Professora Dorinha – DEM/TO
Dep. Marx Beltrão – PMDB/AL	Dep. Flávia Moraes – PDT/GO
Dep. Dr. João – PR/RJ	Dep. Carmem Zanotto – PPS/SC
Dep. Zenaide Maia – PR/RN	Dep. Miguel Lombardi – PR/SP
Dep. Jandira Feghali – PCdoB/RJ	Dep. Dr. Sinval Malheiros – PV/SP
Dep. Assis Carvalho – PT/PI	Dr. Dr. Jorge Silva – PROS/ES
Dep. Darcísio Perondi – PMDB/RS	Dep. Conceição Sampaio PP/AM
Dep. Toninho Pinheiro – PP/MG	Dep. Arnaldo F. de Sá – PTB/SP
Dep. Luiz Carlos Busato – PTB/RS	Dep. Geraldo Rezende – PMDB/MS
Dep. Paulo Foletto – PSB/ES	
Dep. Misael Varella – DEM/MG	
Dep. Danilo Forte – PMDB/CE	
Dep. Heitor Schuch – PSDB/RS	
Dep. Osmar Terra – PMDB/RS	
Dep. Walney Rocha – PTB/RJ	
Dep. Carlos Gomes – PRB/RS	

Secretária: Elita Henrique de Souza.

Local: Anexo II Pavimento Superior Ala A Sala 145.

Fone: 3216-6783 / 6788. **Fax:** 3216-6790

Assessoria técnica na elaboração do relatório: Consultoria Legislativa da Câmara (Fábio de Barros Correia Gomes e Sócrates Arantes Teixeira Filho) e Consultoria de Orçamento da Câmara (Mário Luis Gurgel de Souza e Wagner Primo Figueiredo Júnior).

Endereço no sítio da Internet da Câmara dos Deputados com informações sobre a Subcomissão:

http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/copy_of_subcomissoes.

III – INTRODUÇÃO

Diante da recorrente necessidade de reflexão sobre a situação da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de propor ações para o seu fortalecimento, essa Subcomissão coletou extensa quantidade de informações.

Os trabalhos foram planejados de modo a oferecer subsídios para: a) o Congresso Nacional (particularmente neste ano em que tramita nova PEC sobre critério de financiamento da saúde pela União, a PEC 01/2015, de autoria do Deputado Vanderlei Macris, e que será elaborado o Plano Plurianual – PPA – para o período de 2016 a 2019); b) para o Executivo e c) para a sociedade (destacando que a Conferência Nacional de Saúde ocorrerá em dezembro de 2015), visando ao desenvolvimento do sistema de saúde, para melhor atender às necessidades de saúde do cidadão.

Vale destacar que a obtenção de dados foi orientada por uma metodologia contida no plano de trabalho da Subcomissão, aprovados em 05/08/15. Foram valorizadas experiências de colegiados temporários criados na Câmara dos Deputados para tratar do SUS e, principalmente, da questão do financiamento, particularmente, de três deles:

a) a Subcomissão especial da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) destinada a tratar do financiamento, reestruturação da organização e funcionamento do SUS, que apresentou seu relatório em outubro de 2011, tendo sido presidida pelo ex-Deputado João Ananias e relatada pelo ex-Deputado Rogério Carvalho.¹ A Subcomissão SUS (2011) produziu um relatório extenso (386 páginas e dezenas de recomendações para o sistema de saúde, as quais não foram acompanhadas posteriormente - muitas proposições legislativas sequer foram apresentadas) e na área do financiamento produziu pouco impacto. O relatório focou a integralidade do SUS e difundiu o diagnóstico do subfinanciamento do sistema.

¹ O relatório da Subcomissão do SUS (2011) está disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/subcomissoes/relatorio-final-do-sussegunda-versao>. Documentos e vídeos das atividades dessa Subcomissão estão registrados em comunidade virtual do E-Democracia, disponível em: <http://edemocracia.camara.gov.br/web/sus/inicio>.

b) a Comissão Especial sobre Financiamento da Saúde Pública (CESAÚDE)², criada pela Presidência da Casa em 2013, presidida pelo Deputado Darcísio Perondi e relatada pelo ex-Deputado Rogério Carvalho. Na CESAÚDE (2013) foi apresentado outro extenso relatório (560 páginas), com várias propostas polêmicas quanto às fontes de financiamento, o qual foi vencido por um mais conciso (41 páginas), do Deputado Geraldo Resende, abordando o tema prioritário, o critério de financiamento do SUS pela União; o qual, se não foi o adotado posteriormente pelo Congresso, ao menos foi debatido como alternativa que mais se aproximava da demanda da sociedade civil.

c) o Grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM), objetivando o levantamento da situação dos hospitais de urgências médicas do SUS, coordenado pelo Deputado Arnaldo Jordy, apresentou seu relatório em 2014.³ O Grupo de Trabalho da CDH (2014) constatou problemas em vários serviços públicos de urgência do País e debateu causas, com destaque para o subfinanciamento do SUS e a execução incompleta do orçamento do Ministério da Saúde em ações de investimento na rede do SUS.

O presente relatório valeu-se de diagnósticos já realizados nesta Casa, atualizando-os e complementando-os. Desse modo, avançou-se no debate para além de fontes e quantitativos de recursos, a fim de identificar as necessidades do sistema, segundo objetivos de saúde pactuados, passíveis de monitoramento, para fortalecer um modelo definido de atenção à saúde.

A metodologia de trabalho considerou a identificação de quatro grandes áreas temáticas, relacionadas às funções dos sistemas de saúde. Foi utilizada uma tipologia da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS⁴, a qual inclui os seguintes temas: a) Garantia de acesso / “Asseguramento”, b) Gestão, c) Financiamento e d) Prestação de serviços.

Essas áreas foram usadas para orientar a organização das **05** audiências públicas realizadas pela Subcomissão, além das reflexões e

² A página da Comissão Especial no sítio da Internet da Câmara dos Deputados disponibiliza documentos e atividades da CESAÚDE (2013) está disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/financiamento-da-saude-publica>.

³ O relatório do Grupo de Trabalho da CDH (2014) está disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A1497CED940149A5BA1A44432D>.

⁴ Rivas-Loría, Priscilla, Orientações metodológicas, perfis dos sistemas de saúde, monitoramento e análise dos processos de mudança dos sistemas de saúde. Edição Especial n. 18 Washington DC: OPAS, 2006. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?gid=10246&option=com_docman&task=doc_view.

recomendações deste relatório. O **apêndice A** detalha o conteúdo dessas áreas temáticas.

As duas seções seguintes listam as audiências públicas e seus participantes, bem como outras fontes de informação para este relatório (a partir de colegiados da Câmara que abordaram temas relacionados ao objeto dessa Subcomissão). Na sequência, são apresentadas as sínteses das informações obtidas das audiências públicas que a Subcomissão realizou, incluindo, ainda, uma apresentação realizada na CSSF, sobre a dívida brasileira, a partir de demanda de membros da Subcomissão.

Finalmente, são apresentadas as considerações e conclusões relevantes para o desenvolvimento do SUS e as recomendações. O **apêndice B** mostra as proposições legislativas sugeridas pela Subcomissão.

IV - LISTA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS REALIZADAS

Data	Tema	Convidados
12/08/2015	PEC 01/15 e Financiamento do SUS.	VANDERLEI MACRIS (Deputado Federal, autor da PEC 01/2015) e MÁRIO LUIS GURGEL DE SOUZA (Consultor de Orçamento da Câmara dos Deputados).
19/08/2015	Garantia de acesso / asseguramento e Gestão do SUS.	MARIA DO SOCORRO DE SOUZA (Presidente do Conselho Nacional de Saúde – CNS); JURANDIR FRUTUOSO (Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS); e MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA (Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS)
26/08/2015	Gestão do SUS / planejamento e controle.	JORGE ABRAHÃO DE CASTRO (Diretor do Departamento de Temas Sociais da Secretaria de Planejamento e Investimentos); ANA MARIA ALVES FERREIRA (Diretora da 3ª Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) do Tribunal de Contas da União – TCU; ROGÉRIO CARVALHO (Secretário Substituto de Gestão Estratégica e Participativa do Min. da Saúde).
02/09/2015	Prestação de Serviços do SUS / Judicialização.	EDVALDO BATISTA DE SÁ (Coordenador de Saúde da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA) e JAIRO BISOL (Promotor de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público do Distrito Federal - MPDF).
09/09/2015	Recursos Humanos para o SUS.	DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO (Conselheiro do Conselho Federal de Medicina – CFM); ÂNGELO D'AGOSTINI (Diretor do Departamento de Gestão e Regulação do trabalho em Saúde do Ministério da Saúde); NEWTON LIMA (Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh).
16/09/2015	Exposição na CSSF sobre a dívida do Brasil	MARIA LÚCIA FATTORELLI CARNEIRO (Coordenadora Nacional da Auditoria Cidadã da Dívida)
30/09/2015	Apresentação do relatório final.	Membros da Subcomissão.

Os arquivos das apresentações dos convidados estão disponíveis em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/copy_of_subcomissoes.

V – FONTES ADICIONAIS DE INFORMAÇÕES PARA A SUBCOMISSÃO

Além das audiências públicas realizadas por esta Subcomissão, informações relevantes para o objeto da mesma foram coletadas a partir de documentos públicos e eventos realizados na Câmara dos Deputados em 2015 pelas seguintes instâncias:

- Simpósio Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF (2015);

- Subcomissão Permanente da Saúde da CSSF;

- Comissão especial destinada a proferir parecer à proposta de Emenda à Constituição nº 01-a, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris e outros, 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%";

- Comissão especial destinada a proferir parecer ao projeto de Lei Complementar nº 251, de 2005, do Sr. Roberto Gouveia, que "incluem parágrafos no artigo 19 da lei complementar nº 101 de 4 de maio de 2000" (aumenta o gasto com pessoal na área de saúde para até 75% 'setenta e cinco por cento' dos recursos financeiros destinados à saúde), e apensados;

- Comissão especial destinada a analisar e apresentar propostas com relação à partilha de recursos públicos e respectivas obrigações da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (pacto federativo);

- Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar a cartelização na fixação de preços e distribuição de órteses e próteses, inclusive, com a criação de artificial direcionamento da demanda e captura dos serviços médicos por interesses privados – Máfia das Órteses e Próteses no Brasil;

- Apresentação do relatório quadrimestral de prestação de contas do SUS, na Comissão Mista de Orçamento, pelo Ministro da Saúde, em 08/07/15.

VI – SÍNTESES DAS CONTRIBUIÇÕES OFERECIDAS NAS 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 na Subcomissão, bem como apresentação sobre a dívida do Brasil, realizada na CSSF, por solicitação de membros da Subcomissão.

VI.1 Audiência 01 - PEC 01/15 e Financiamento do SUS

O Deputado Vanderlei Macris falou sobre a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 1/2015, que foi idealizada para atender aos anseios da população que foi às ruas em 2013 para reivindicar melhores condições na Saúde Pública. A proposta surgiu com base nas informações do movimento “Saúde + 10”, encabeçada pelo Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública.

O deputado apresentou ainda uma evolução das despesas com saúde, em que ficou evidenciada uma diminuição da participação da União e um crescimento da participação dos Estados e dos Municípios, entre 2000 e 2013. Em 2000, a União respondia com 58,6% das despesas, enquanto que, em 2013, ela passou a responder por 42,6%. Enquanto isso, Estados e Municípios, que arcavam com 41,4% em 2000, passaram a arcar com 57,4% em 2013. Ele expôs ainda que, com a EC nº 86/2015, ao contrário do que se esperava, não houve um aumento nas despesas destinadas à saúde, pois se estipulou que os limites mínimos de despesas obrigatórias com saúde, chegariam a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), somente no 5º ano da promulgação dessa emenda. Considerando essa situação, a PEC nº 1/2015 busca alterar esses percentuais passando de 15% a partir do primeiro ano, e finalizando em 18,7% da RCL (o que equivale a 10% da Receita Corrente Bruta) após o 5º ano da sua promulgação.

Acrescentou que o Brasil tem o pior investimento em saúde entre os países que possuem sistemas universais e integrais, pois responde somente 47% dos gastos com saúde, enquanto que países como Alemanha, Inglaterra, e Portugal respondem, respectivamente, por 76,8%, 83,2%, e 65,8%. Além disso, os gastos per capita anuais (voltados para o atendimento da

população) no Brasil são de somente US\$ 474, pouco mais a metade dos gastos per capita de países como Argentina (US\$ 851) e Panamá (US\$ 853).

Por fim, estima-se que, caso seja aprovada a PEC nº 1/2015 na íntegra, haverá um aporte de R\$ 270 bilhões para a saúde em 5 anos. Uma diferença de R\$ 189 bilhões no 5º ano, cumulativamente, em relação à EC nº 86/2015.

Mario Gurgel (Consultoria de Orçamentos da Câmara dos Deputados) abordou o modelo de financiamento da Saúde no Brasil, após a Constituição de 1988. Destacou que o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado e a garantia do seu acesso de forma universal e gratuita provocaram a ampliação de demandas e de pressão sobre os gastos públicos, uma vez que havia necessidade imediata de recursos em volume adequado e suficiente para atendimento das novas necessidades. Como solução, ao lado de medidas emergenciais, surgiram propostas duradouras que resultaram na EC nº 29/2000, que estabeleceu a obrigação de realização de despesas para a União, os Estados e os Municípios, nos seguintes montantes:

- União: montante empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB;
- Estados: 12% das receitas de impostos estaduais e de transferências constitucionais; e
- Municípios: 15% da receita de impostos municipais e de transferências constitucionais.

A EC nº 29/2000 previu a aprovação de lei complementar para estabelecer os percentuais de vinculação de recursos destinados a ações e serviços de saúde por parte dos entes federados; critérios de rateio dos recursos e normas de fiscalização e controle; e normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamentou a referida emenda constitucional, mas frustrou as expectativas de diversos setores da sociedade no sentido de aumentar a participação da União no financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), ao manter a regra transitória constante na Constituição.

Ele abordou ainda a participação relativa de cada ente federativo no financiamento da saúde, corroborando a diminuição da participação da União e crescimento da participação dos Estados e dos Municípios nas

despesas com saúde. Em 2000, a participação da União era cerca de 58,6% e, em 2014, encolheu para 42,4%. Em contrapartida, os municípios passaram a responder por mais de 30% do financiamento público de saúde. Entretanto, acrescentou que, entre 2000 e 2007, as despesas da União com ASPS caíram de 14% da Receita Corrente Líquida, para 11,5%, somente recuperando o percentual anterior em 2014.

Com as alterações promovidas pela EC nº 86/2015, houve a revogação da norma que atribuía a Lei Complementar o estabelecimento de normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. Além disso, a referida emenda prevê que 50% do montante apresentado por meio de emendas individuais serão alocados nas ações de saúde, e determina que tais recursos sejam computados dentro desse piso constitucional. Logo, as emendas parlamentares não representariam efetivo acréscimo ao piso da saúde.

Por fim, apresentou um panorama do orçamento do Ministério da Saúde, listando as unidades orçamentárias com maior quantidade de alocação orçamentárias; as ações de saúde que representam as principais despesas, e quais são as principais fontes de financiamento. Entre as principais ações, se destacam, as despesas com média e alta complexidade (correspondendo a 36% do orçamento autorizado para 2015), as com a atenção básica (cerca de 15% do orçamento autorizado para 2015) e com medicamentos (7% do orçamento autorizado para 2015). Já as principais fontes de recursos são as Contribuições para Financiamento da Seguridade Social - COFINS – (43%) e a Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas - CSSL – (37%).

Na fase de debates, o Relator, Deputado Paulo Foletto informou sobre a existência de três subcomissões sobre o mesmo assunto, uma em 2011, uma em 2013 e uma em 2014, e que já havia muito material produzido na Casa. Destacou sua boa qualidade e disse que um dos caminhos seria conquistar a aprovação da PEC nº 1/2015.

O Presidente da Subcomissão, Deputado Osmar Terra, salientou a necessidade de se ter um cálculo dos recursos necessários para a manutenção do SUS e a importância da aprovação da PEC nº 1/2015.

A Deputada Carmen Zanotto também ressaltou a necessidade da aprovação da PEC nº 1/2015, tendo em vista que a EC nº 86/2015 resultou em diminuição efetiva dos recursos obrigatórios para a saúde, ao contrário do que se esperava. Além disso, observou que não havia clima para a aprovação de novos tributos da saúde, como a CPMF e que a proposta do

Senador Renan Calheiros, de realizar cobrança para atendimento do SUS para pessoas com maior faixa de renda, apesar de bem intencionada, é algo que vai contra ao modelo de sistema de saúde universal e gratuito estabelecido na Constituição Federal.

O Deputado Dr. João disse que os secretários municipais são sacrificados com diversas pressões, que incluem a falta de recursos e as dificuldades práticas para executar as ações de saúde. Citou em especial as limitações decorrentes dos limites de pessoal estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Afirmou também que o Ministério da Saúde não tem conseguido executar o seu orçamento. Além disso, há o problema de má gestão desses recursos, devido à falta de conhecimento técnico dos secretários municipais. Por fim, citou o problema da corrupção.

A Deputada Leandre mencionou o relatório da Comissão da PEC do Pacto Federativo, em que foi proposta a cobrança por parte dos Municípios e dos Estados dos planos de saúde pelos atendimentos no SUS, e a atualização do piso remuneratório dos Agentes Comunitários de Saúde. Considerou que, enquanto a Comissão do Pacto Federativo analisa os efeitos, a Subcomissão do SUS busca a análise das causas dos problemas no financiamento. Sugeriu a realização de uma audiência conjunta com a Comissão da PEC do Pacto Federativo, junto com a da Subcomissão do SUS.

O Deputado Vanderlei Macris informou que seria instalada em breve a Comissão Especial da PEC nº 1/2015, e que isso não impede a discussão com o relator da Comissão do Pacto Federativo.

Por fim, Mário Gurgel ressaltou que a EC nº 86/2015 resultou em diminuição do percentual de recursos obrigatoriamente destinados à saúde, devido a inclusão das emendas individuais dos parlamentares no cálculo desse percentual.

VI.2 Audiência 02 - Garantia de acesso / Asseguramento e Gestão do SUS

Jurandir Frutuoso indicou a contradição de que o SUS foi concebido numa tradição socialista, para uma atenção universal, integral e gratuita (incluindo 60 milhões de pessoas, antes tidas como “indigentes”), contudo o Congresso não definiu fontes adequadas de financiamento. O sistema tem tentado ser eficiente, mas tem esbarrado em grandes questões: financiamento, gestão e recursos humanos. Salientou que temos que definir qual

modelo de saúde o País quer. Apontou outra contradição: temos um sistema montado para atender doenças agudas, mas 75% da carga de morbidade já são de doenças crônicas. Essa questão pode ser enfrentada na esfera da gestão, mas o financiamento também precisa ser considerado. Quanto a este tema, apontou medidas preocupantes tomadas pelo Congresso, pois estaria ocorrendo uma desconstrução constitucional do sistema. Por exemplo, o fracasso da iniciativa do Saúde+10, que demandava aplicação mínima de 10% da receita corrente bruta – RCB - na saúde pela União.

Destacou que a aplicação de recursos na saúde pela União tem-se mantido estável em torno de 1,7% do PIB, sugerindo que foi uma ação intencional. Quanto ao novo critério para a União, aprovado pelo Congresso, por meio da EC nº 86/2015 o ponto de partida de 13,2% da receita corrente líquida (RCL), a vigorar no próximo ano, resultará numa perda de R\$ 9 bilhões em relação ao que a saúde dispunha em 2014 (adicione-se a isso: o efeito da inflação, que no setor saúde é maior que no geral, os gastos crescentes pela incorporação de novos serviços de saúde e as demandas judiciais).

Há ainda o contingenciamento de cerca de R\$ 13 bilhões de recursos federais na saúde em 2015. Também preocupam as emendas parlamentares impositivas, previstas na EC 86/2015, as quais destinam 0,6% do PIB para a saúde. Contudo, podem ser usadas fora de um planejamento adequado, de modo que um volume considerável de recursos, cerca de R\$ 5 bilhões, podem desorganizar o sistema; pois podem criar estruturas novas, sem o correspondente custeio, conformando “o retrato do caos”. Esse dilema precisa ser resolvido pelo Congresso rapidamente, o qual também precisa se posicionar sobre demandas que aumentam gastos no setor (por exemplo: demandas trabalhistas).

Destacou outras medidas legislativas que podem ter impacto negativo na saúde: a liberação do setor ao mercado estrangeiro, a PEC 451/2014, que obriga que empregadores ofereçam planos de saúde a trabalhadores rurais e urbanos, e o susto do pagamento por serviços no SUS, proposto pelo Senador Renan Calheiros. Ressaltou a dificuldade em encontrar pessoas que queiram trabalhar na gestão da saúde: “ou vai o desavisado, o inocente, ou o desonesto”. Considerou que o sistema está sendo americanizado (privatizando a assistência e desfinanciando brutalmente o setor público), caminhando para elevação de custos, sem o devido impacto nos indicadores de

saúde. Criticou a elevada renúncia fiscal associada aos planos de saúde (cerca de R\$ 13 bilhões anuais).

Sugeriu a revisão do pacto interfederativo, a definição do sistema que queremos (e quanto queremos pagar por ele) e do financiamento (estamos chegando ao ponto do não retorno – Estados e Municípios já ultrapassaram seus limites de gastos mínimos e estão sem condições de elevar suas participações, enquanto que a União reduziu sua participação relativa). Demandou que os interessados dispam-se de questões ideológicas para efetivar e fortalecer o SUS, de modo que esse possa ser um regulador para o setor privado. Entregou nota técnica do CONASS à Subcomissão.

Mauro Junqueira (CONASEMS) observou que, desde a Constituição Federal de 1988, os Municípios vêm assumindo novas e recorrentes responsabilidades sem o devido acompanhamento das receitas. Em 2010, aplicavam uma média de 20,4% de suas receitas em saúde, chegando a 22,8%, em 2014.

Considerando que Municípios estão participando com 23% das receitas na saúde, mais um mínimo de 25% na educação, mais os gastos da Câmara Municipal, ultrapassa-se 50% da receita. Isso produz consequências para a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que limita gastos com pessoal (limite prudencial é de 51%). Estimou que prefeitos teriam apenas 4% da receita para gastar com todas as demais demandas da administração. Concluiu que os Municípios não têm como aumentar sua participação no financiamento da saúde. É o ente com a menor parcela de arrecadação e que tem o maior comprometimento de seus recursos com a saúde. Essa situação explica por que as prefeituras estão demitindo pessoal. Observou que a saúde compromete mais de 75% de seus gastos com pessoal, pois é um setor que depende de atenção pessoal.

Constatou que Estados contribuíram, entre 2010 e 2014, com R\$ 18,6 bilhões a mais que o mínimo demandado pela EC 29/2000, enquanto que os Municípios, com R\$ 80 bilhões acima do mínimo. Em 2014, do total de aplicações acima do mínimo exigido, 77% foram realizadas pelos Municípios, 22% pelos Estados e 1% pela União. Isso deixa claro, que, para a União o piso (valor mínimo) acaba constituindo-se em teto de gastos.

A composição do gasto público em saúde indica um gasto público total de R\$138,5 bilhões, em 2010; sendo a União responsável por 44,7%; os Estados, por 26,9% e os Municípios, por 28,4%. Já em 2014, a União

foi responsável por 42,8%; os Estados, por 26,6% e os Municípios, por 30,5%. Há 20 anos, a União participava com 75% dos gastos.

Destacou os seguintes aspectos, que impactam no financiamento do SUS: a) criação de novos encargos financeiros pela União, sem a devida fonte de financiamento (ex.: normas sobre o piso salarial dos agentes de saúde de endemias estabelece que União pagará 95% do valor, contudo os encargos sociais ficarão por conta dos Municípios, que já estão no limite da LRF); b) aumento da renúncia de receita ou dos gastos tributários da União, especialmente os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde; c) ampliação da desvinculação das receitas da união - DRU – prevista na PEC 87/2015, em tramitação no Congresso; e d) valores dos incentivos repassados aos Municípios, que estão desatualizados em relação à inflação.

Sobre a divisão de competências na saúde, observou que o art. 30, VII, da Constituição estabelece que “compete aos Municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. Então, o financiamento é tripartite, mas os Municípios estão com uma participação muito elevada.

Como propostas, apresentou: a) revisão do pacto federativo; b) definição clara do papel de cada ente federado na execução das políticas públicas e na forma de atuação conjunta (priorizando a organização regional da assistência, pois são mais de 80% dos Municípios com menos de 20 mil habitantes) e c) redistribuição das receitas, por meio de uma discussão profunda.

Defendeu que gestores municipais necessitam ter compromisso e capacidade de gestão. Mas o contexto atual é desafiador para os gestores municipais. Após a última eleição de prefeitos, 500 novos secretários municipais de saúde assumiram e, em menos de dois anos, 350 destes já foram substituídos. A responsabilidade é grande, pois, no Município, a legislação reconhece dois ordenadores de despesa - o prefeito e o secretário de saúde – e a pressão sobre eles, por demandas na saúde, é grande.

Finalmente, comentou que a cooperação entre os entes federados é a essência do SUS e indispensável ao seu funcionamento.

Maria do Socorro de Souza (CNS) comentou sobre o susto que pautas negativas no Congresso têm produzido para a saúde pública, mas parabenizou a oportunidade de discussão de uma pauta estruturante para o SUS. Considerou que o problema da saúde já está bem delimitado, como também o

argumento de que a União precisa aumentar sua participação no financiamento da saúde, de modo é necessário enfrentar o debate sobre as fontes de financiamento, num contexto político e econômico desfavorável. Sugeriu que a saída para a crise passa por um diálogo franco com a sociedade. Lamentou que as políticas sociais levem desvantagem num momento de crise, pois, geralmente, são vistas mais como gasto, que como uma das soluções para a superação da crise.

Citou o Programa Mais Médicos como ação que teve impacto na saúde pública. Num primeiro momento, caracterizou-se por uma centralização, seguida por descentralização; o que exemplificaria o debate com a sociedade. Mencionou que a saúde possui mais controles que outras políticas. Considerou que o apoio da população é relevante para o debate sobre o financiamento do SUS, mas indicou o desalento ao perceber como propostas de iniciativa popular perdem força no Congresso, como no caso do Saúde+10. Reiterou a importância da participação popular, a qual, mais uma vez se manifestará na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com a seguinte pauta: a) o direito universal à saúde; b) a democracia participativa e c) o financiamento do SUS (a questão que mais tem se destacado nas reuniões preparatórias).

Apoiou os argumentos apresentados pelo CONASS e CONASEMS sobre o financiamento e colocou o espaço da 15ª Conferência (a realizar-se entre 01 e 04/12/15) aberto à participação de parlamentares interessados. Entregou as propostas do CNS à Subcomissão.

Ao introduzir a fase de questionamentos, o Deputado Osmar Terra lamentou o contingenciamento do orçamento federal da saúde. Mencionou a necessidade de debater a criação de um novo imposto para a saúde, embora tenha reconhecido que não há clima para tal. Comentou que há risco de o SUS (na forma em que foi concebido) termine neste ano e que o próprio povo poderá abandonar o apoio ao sistema.

O Relator, Deputado Paulo Foletto, sugeriu que ocorra uma melhor intermediação entre os gestores do SUS e o Judiciário. Observou que a Casa tem aprovado projetos relacionados a determinadas carreiras jurídicas, mas não os da área da saúde. Valorizou o diálogo e aproveitamento de debates prévios para busca de soluções para a melhoria do sistema de saúde.

A Deputada Leandre mencionou atividade de comissão especial que está debatendo o pacto federativo, a qual não tem aprofundado a questão da saúde, apenas abordando: o piso dos agentes comunitários de saúde

e de endemias e o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde. Tem a expectativa de avançar no debate sobre a repartição de recursos e de responsabilidades, para alcançar parlamentares que, em geral, ainda não estão envolvidos na defesa do SUS. Mencionou que audiências serão realizadas sobre os temas referidos. Recomendou uma grande mobilização para avançar nas questões da saúde na Casa, particularmente para esclarecer o grande número de novos deputados. Sugeriu que a PEC 01/2015, que resgatou a demanda do Saúde+10, seja incorporada no debate sobre o pacto federativo.

O Deputado Jorge Solla comentou sobre a Agenda Brasil proposta pelo Senador Renan Calheiros. A proposta sobre pagamento por usuários do SUS foi bombardeada e, em menos de 48 horas, saiu de cena. Identificou méritos nessa proposta, pois colocou o subfinanciamento do SUS numa agenda de prioridade nacional; como um tema a ser abordado nessa conjuntura de crise. Outro mérito foi a indicação de que o pagamento seria realizado pelos que têm mais condições, apontando para que a solução seja solidária. Defendeu um debate despartidarizado, em que se pautasse o debate sobre o financiamento, incluindo a tributação sobre os lucros e dividendos das ações e também sobre a movimentação financeira.

O Deputado Vitor Lippi salientou avanços do SUS, como a implantação do Programa Saúde da Família, do SAMU, do Programa Mais Médicos; contudo, considerou a crise atual como grave. Nos últimos anos, foram fechados mais de 14 mil leitos, embora a população esteja crescendo. Centenas de Santas Casas fecharam e muitas estão em situação de colapso. Também preocupam as longas filas de espera. Esse quadro foi agravado com o contingenciamento dos recursos e a perspectiva para 2016 não é boa. Defendeu uma grande mobilização para que se aprove a nova proposição que recupera a demanda do Saúde+10. Sobre a judicialização, propôs que se promova uma regulamentação para orientar os magistrados.

O Deputado Raimundo Gomes de Matos reforçou a necessidade de aumentar o financiamento da saúde e a definição sobre o modelo de sistema e sobre a responsabilidade pelo custeio. Comparou que na educação existem metas que facilitam a definição de responsabilidades. Destacou as dificuldades enfrentadas pelos gestores diante da judicialização, num contexto de falta de recursos. Concordou com a necessidade de mobilização para o alcance de objetivos.

A Deputada Carmen Zanotto apoiou a PEC 01/2015, na qualidade de Relatora da Comissão Especial que analisa a proposição. Considerou que há muitas demandas para incorporações de novos serviços no SUS, mas que estas dependem da obtenção de novos recursos. Questionou sobre a remuneração de procedimentos no SUS e o reajuste da Tabela SUS, particularmente para consultas de especialidades.

Nas considerações finais, Maria do Socorro de Souza ofereceu apoio e participação da Relatora da PEC/01/2015 em reunião futura do CNS. Mauro Junqueira observou que a chamada Agenda Brasil também propõe a não transferência de encargos a Municípios, sem cobertura integral dos recursos; o que deveria ser apoiado. Sobre a judicialização, deveriam ser identificados limites. A respeito da tabela, defendeu superação desse modelo, promovendo a contratualização. A situação melhorou nos hospitais de grande porte. Atualmente 40% da transferência federal para Municípios ocorrem na forma de incentivos, contudo os valores não têm sido atualizados. Está convencido que o modelo de tabela não é a solução. Jurandir Frutuoso comentou que estamos discutindo sobre migalhas e que é preciso avançar na discussão das 438 regiões de saúde do País, o que envolve os Municípios (que já abrangem 80% dos trabalhadores da saúde). Com a disponibilidade de recursos poderá ser fortalecida a atenção primária (pelos Municípios), a regulação dos serviços e demais ações e serviços de saúde. Propôs que recursos do BNDES sejam usados no setor público de saúde.

VI.3 Audiência 03 - Gestão do SUS / planejamento e controle

Rogério Carvalho (Ministério da Saúde) abordou uma proposta de organização sistêmica do SUS. Considerou que a integralidade, entre os países que adotam sistemas de atenção universal à saúde, só estaria presente na Espanha. O SUS tem encontrado dificuldades para atingir tal princípio, devido a sua complexidade (mais de 5.600 operadores sistêmicos, incluindo os entes federados e, até, as atuações do Judiciário). Observou que o planejamento em saúde no Brasil, para atender ao princípio da universalidade (diz respeito a um direito, que é para todos), deve considerar que nosso sistema também é composto por serviços privados, ao identificar as necessidades de atuação pública nas diversas localidades. Também precisa considerar a

população que efetivamente se utiliza dos serviços; inclusive a proveniente de outras localidades.

Definiu o princípio da integralidade como um “conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, que atendem os sujeitos na integralidade.” Esse foi um grande avanço do SUS. Contudo, para que se planeje adequadamente, é preciso que se saibam quais serviços serão fornecidos. Não se trata de restringir, mas de promover a regularidade na oferta de serviços que considere um padrão de integralidade. Tal padrão deve considerar: a) a localização geográfica e a escala populacional; b) o debate com o CONASS, o CONASEMS, a Justiça e órgãos de controle, homologado no Conselho Nacional de Saúde; c) referências para os sistemas público e suplementar; d) a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), adotada pelo Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990; e) a definição da oferta de serviços pelo SUS, permitindo o planejamento.

Também citou outras variáveis de um modelo de organização sistêmica, como: a programação geral de ações e serviços de saúde (permitindo a quantificação de ações e serviços, fundamental para definição de responsabilidades complementares e do financiamento); a regionalização (que reorienta a organização sistêmica); a estratégia de redes de produção regionais, operadas por ente com responsabilidade definida (considerando os seguintes pontos sistêmicos: atenção básica, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção hospitalar, ambulatorial especializada, vigilâncias – sendo os três primeiros, portas de entrada do sistema); a relação federativa; a gestão sistêmica compartilhada (em instâncias de governança que não pertença a nenhum ente federativo, mas ao próprio SUS, atuando por meio de pactuações); o financiamento e os critérios de rateio (baseados no desempenho de efetividade, por meio de indicadores de morbidade, de mortalidade e de produção); a responsabilidade sanitária (a base para avaliação da efetividade) e o contrato organizativo de ação pública. Nesse modelo, o Ministério da Saúde deixaria seu papel atual de agência de fomento, para uma atuação mais efetiva de promotor da organização sistêmica.

Jorge Abrahão de Castro (Ministério do Planejamento) informou que atua na Secretaria de Planejamento e Investimento (SPI), a qual elabora a proposta de Plano Plurianual (PPA), de modo que enfocou as medidas para melhorar o PPA federal, com foco na saúde e na gestão, participação e

monitoramento. Destacou a responsabilidade na elaboração do PPA, visto que tem sido empregado pelo TCU em suas avaliações e críticas.

Como inovações pretendidas pelo PPA 2016-2019, mencionou: a) aproximação da dimensão estratégica com os programas temáticos (o debate sobre o PPA iniciou pela definição dos quatro eixos centrais – o que inclui acesso a serviços de qualidade - e das 28 diretrizes estratégicas – uma delas é específica para a saúde, reafirmando o fortalecimento do SUS); fortalecimento do papel estratégico do PPA (aprimoramento do conjunto de programas temáticos, com inclusão apenas de metas quantificáveis, que sejam estruturantes nos programas temáticos - redução das atuais 2.402 metas para a metade); integração entre o plano e o orçamento (ações orçamentárias vinculadas aos objetivos, para facilitar a identificação da contribuição das ações orçamentárias para o alcance dos objetivos).

No caso do SUS, o PPA 2016 – 2019 apresentará 12 objetivos, 92 metas e 122 iniciativas. Destacou que o relatório anual de avaliação do PPA 2010 – 2015 encontra-se no Congresso, com vários dados de avaliação da saúde. Destacou avanços na área de esperança de vida ao nascer, da mortalidade infantil (embora com taxas ainda elevadas), da oferta de serviço do SUS (com grande evolução entre 2002 e 2014 – embora com queda na área de internações em urgências).

Salientou a diretriz do novo PPA relacionada à saúde: “garantia de acesso universal aos serviços de atenção básica e especializada em saúde, com foco na integralidade e qualidade do atendimento e no fortalecimento do SUS”. Entre os principais objetivos, destacou: “ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde”, “aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde” e “melhorar o padrão de gasto”. Enfim, o PPA não terá apenas preocupações quantitativas. Reconheceu que uma fragilidade do PPA federal é a não articulação com aqueles de outros entes, particularmente com os dos Municípios.

Ana Maria Alves Ferreira (TCU) observou que a questão federativa é central no debate sobre o SUS e, até, sugeriu alteração na Constituição, ao comentar sobre competências dos entes federados. Definiu conceitos relevantes para a atuação do TCU na saúde: gestão (exemplificou como relacionada a um mapa) e governança (estaria relacionada ao alvo do mapa). Mencionou dados de execução orçamentária federal na saúde em 2014 (R\$ 86,7 bilhões). Em 2014, o orçamento federal da saúde executado incluiu R\$

41,4 bilhões (48%) transferidos a Municípios, R\$ 16,4 bilhões transferidos a Estados e DF (19%), R\$ 26 bilhões de aplicações diretas (30% - em 2002 o percentual foi de 48%) e R\$ 2,8 bilhões de outras transferências (3%). Destacou a importância de uma boa qualidade de gestão nos Estados e Municípios, pelo elevado montante de recursos transferidos pela União.

Ilustrou algumas atividades do TCU relacionadas à qualidade da gestão. A operação sanguessuga envolveu problemas de gestão da União e 600 Municípios, em que foram identificados débitos da ordem de R\$ 46 milhões e R\$ 7 milhões em multas.

A auditoria sobre atenção básica, coordenada com 30 tribunais de contas, buscou a identificação de causas e observou: ausência de identificação precisa das necessidades de saúde pelos próprios Municípios; insuficiente apoio da União a Estados e Municípios para a regionalização – sendo que 70% ou mais dos Municípios não têm condições de garantir a integralidade para seus cidadãos, pois têm menos de 20 mil habitantes, e 44% têm menos de 10 mil; deficiências no processo de contrarreferenciamento; inexistência de levantamento nacional de necessidades de capacitação e de suporte de tecnologia da informação e ausência de indicadores de avaliação e monitoramento.

Investigação sobre aquisição de medicamentos no DF de 2008 a 2011 constatou falhas básicas de gestão: desconhecimento de que medicamentos não pagavam ICMS; não aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP); práticas restritivas ao caráter competitivo e irregularidades nos processos licitatórios. Foi alcançado um nível de mais de R\$ 50 milhões de débitos (por erros ou má fé, ainda em análise).

Em investigação sobre armazenamento e distribuição de medicamentos nos Estados de GO, MS, RS, SC, RN, PB, PA, TO e RR, foi observado: planejamento ultrapassado (frequente perda de medicamentos de alto custo); infraestrutura incompatível com as exigências técnicas de armazenagem e transporte; comprometimento da eficácia do medicamento (e ainda assim, distribuídos para o cidadão) e desperdício de recursos públicos.

Com relação à governança, foi constatado em 2014, entre mais de 8.000 entidades federadas, que 46% das de nível estadual, 53% das de nível municipal e 20% das de nível federal encontravam-se no nível inicial (ou crítico) do índice geral de governança (IGG). Então, mesmo que não haja má fé,

a capacidade de gestão nos entes federados é muito baixa. Também foi observado:

- Municípios que não são ressarcidos com gastos com habitantes de outras localidades;

- deficiências na definição das competências dos entes envolvidos (há Estados que executam quase todos os serviços de saúde, que não atenção básica, como no Norte; outros que cooperam intensamente e outros, muito pouco);

- fragmentação das políticas incentivadas pelo Ministério da Saúde;

- falta de consistência nos apoios à regionalização;

- alta rotatividade dos profissionais de saúde (dificultando a capacitação e fixação de profissionais);

- que mais de 90% das regiões de saúde não assinaram o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP – é preciso entender as causas da baixa adesão.

Também citou o levantamento sobre assistência hospitalar do SUS em 2013, em que se detectaram as seguintes proporções de problemas nas unidades avaliadas:

- 81% apresentavam déficit no quadro de profissionais (médicos, enfermeiros e outros);

- para 81%, a falta de profissionais era o principal motivo para bloqueio de leitos (47% do total de leitos bloqueados);

- para 63%, o absenteísmo dos profissionais provocava impactos substanciais à prestação de serviços;

- 77% apresentavam bloqueio de leitos por falta de equipamentos mínimos (11% do total de leitos bloqueados);

- 59% apresentavam atendimento inadequado em razão de equipamentos antigos ou desatualizados;

- 45% apresentavam ausência ou deficiência de contratos de manutenção;

- 22% possuíam equipamentos de alto custo não utilizados ou subutilizados em razão da ausência ou insuficiência de profissionais;

- 56% apresentavam falta ou insuficiência por falhas na licitação (ex.: deficiências na estimativa de quantitativos);
- 53% apresentavam carência de instrumentos de gestão (controles de solicitação, saída e distribuição);
- 73% apresentavam estrutura física inadequada ou falta de manutenção predial;
- 87% apresentavam deficiências de tecnologia da informação.

Destacou as seguintes perspectivas de trabalhos do TCU:

- simplificação dos apoios financeiros transferidos na forma de incentivos (o Conasems tem divulgado que o Ministério da Saúde tem 195 tipos diferentes de incentivos), sem abrir mão do fluxo de informações e da transparência;

- apoio oferecido pelo Ministério da Saúde consistente, e não ocasional, de modo a prover segurança quanto à continuidade do processo de regionalização;

- considerar o envolvimento direto dos prefeitos nas reuniões que definem compromissos e responsabilidades, pois são signatários do COAP e os compromissos assumidos nessas reuniões têm implicações na gestão municipal;

- definição dos critérios legais para o rateio dos recursos federais vinculados à saúde, previstos no art. 17 da Lei Complementar 141/2012;

- estimular ações continuadas de educação permanente em processos de gestão, em especial quanto ao planejamento, alocação de recursos, gestão do conhecimento, comunicação e gestão do desempenho.

Na fase de questionamentos, o Deputado Paulo Foletto, destacou que só dois Estados assinaram o COAP, e os demais não o fizeram, provavelmente, pelo medo de assumir responsabilidades, em consequência da falta de recursos. Questionou o TCU sobre a capacidade de atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, bem como sobre estimativas de perda de recursos por má gestão e por corrupção. Para o Ministério da Saúde indagou sobre a demora na autorização desse órgão para que outros entes assumam compromissos na contratação de serviços.

O Deputado Odorico Monteiro mencionou que era Secretário no Ministério da Saúde, quando o Decreto 7.508, de 2011, que criou o COAP, foi elaborado. Citou que apresentou o Projeto de Lei nº 1.645, de 2015. Que transforma o COAP em dispositivo legal e também cria a Associação Regional de Saúde para promover a regionalização. Salientou que o SUS não tem discutido a equidade e que somos o único país com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema universal de saúde. O maior da Europa é o alemão, com 82 milhões. Em geral, países fizeram descentralização administrativa e financeira, mas a nossa também inclui a descentralização política (e os Municípios, em geral, não têm condições de garantir a integralidade).

Observou que o COAP precisa ser assinado pelo ministro da saúde, pelo governador e pelo prefeito, mas demandou que o Ministério, que é quem coloca a maior parte dos recursos tome a frente do processo. Concluiu que o decreto não teve força suficiente para promover os contratos, sendo necessária uma lei e, talvez, até uma PEC. Propôs a criação de uma nova instância regional para a saúde, sem ferir o princípio da federação brasileira.

A Deputada Carmen Zanotto comentou sobre a complexidade da gestão do SUS e questionou o TCU sobre a situação de carência de profissionais de controle e avaliação nas unidades federadas. Valorizou o novo olhar do TCU de não apenas punir, mas de auxiliar na melhoria da gestão do SUS.

Rogério Carvalho discordou da criação de um quarto ente específico para a saúde (regional), pois ampliaria a complexidade do sistema. Atribuiu a baixa adesão ao COAP ao fato de que os componentes deste estariam incompletos. Observou que foram insuficientes os debates sobre a universalidade e a RENASES – que não dialoga com a programação. Pouco se investiu nesses instrumentos e não houve distribuição da programação por entes federados. A responsabilidade sanitária não foi usada como elemento central da pactuação. Os debates sobre a governança regional, sistêmica e da gestão compartilhada também não foram enfrentados. Identificou como defeito a não avaliação teórica de impacto dos processos no SUS. Sugeriu estabelecimento de estímulos para gestores que cumprirem pactuações. Refletiu que não há como dar meia volta nesse grande transatlântico chamado SUS, de modo que apoia a manutenção da execução de ações pelos Municípios. Considerou que há uma descoordenação sistêmica.

Jorge Abrahão de Castro concordou que o Ministério da Saúde precisa evoluir na avaliação de resultados e o Ministério do Planejamento apoiará iniciativas nessa área. Também concordou com a relevância da questão da equidade e sobre a carência de seu debate. Discorda em se salientar a incompetência de Municípios, ainda que existam problemas.

Ana Maria Alves Ferreira informou, a respeito dos questionamentos sobre o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), que dados de 2011 indicaram que este não tem condições de desenvolver seu papel, desde o nível federal, por limitações de pessoal e de outros tipos de apoio. Apesar de atuar muito na linha de “apagar incêndios” (o que também é importante, no caso de investigação de fraudes), estaria “sucateado”. Nos Estados e Municípios eram poucos os que tinham a auditoria estruturada adequadamente. Lembrou que a formação de auditores envolve anos de qualificação e que a auditoria em saúde não é substituível pelo TCU ou CGU, devido ao conhecimento técnico específico da saúde.

Reforçou que não defende a idéia de que Municípios não tenham condições de gerir serviços de saúde (principalmente no que se refere à atenção básica), porém a integralidade demanda muitos serviços. Citou que 80% das internações em 2014 ocorreram em cerca de 4% dos Municípios brasileiros. Há várias realidades e vocações entre os Municípios do Brasil. Não há como adotar regras únicas para todos. O SUS perdeu a noção das diferentes capacidades de gestão dos Municípios, assumindo um pressuposto perigoso de que todos podem fazer tudo.

O Deputado Dr. Jorge Silva exortou a que o relatório da Subcomissão não seja “mais do mesmo”, pois todas as pesquisas mostram a saúde como principal problema para a população e precisamos de respostas rápidas. Destacou a valorização que o SUS manteve no novo PPA, bem como a necessidade de enfrentar com prioridade a questão do subfinanciamento.

VI.4 Audiência 04 - Prestação de Serviços do SUS / Judicialização

Edvaldo Batista de Sá (IPEA) comentou que o SUS, por dever constitucional, deve prover assistência à saúde universal e integral para toda a população, mas com participação importante do setor privado. Citou que 28% da população tem seguro ou plano de saúde, que geralmente cobre cirurgias eletivas, consultas com especialistas e serviço auxiliar de diagnóstico e

terapia (SADT). Gastos diretos geralmente cobrem consultas com especialistas, SADT e medicamentos.

O Brasil gasta aproximadamente 9% do PIB com saúde, mas cerca de 50% desse gastos são feitos de forma privada; bem similar à proporção dos Estados Unidos, que não possui um sistema universal de saúde, pois é privado por excelência.

Destacou a importância do SUS, mesmo constatando que o financiamento público se mostra menor que em outros países que possuem sistemas universais de saúde.

O SUS provê todos os serviços de atenção à saúde e responde por todos ou por grande parte dos serviços de: a) saúde pública (vacinação – destacando 99,5% de cobertura da vacina tríplice, controle do tabagismo); b) atenção básica (AB); c) mais de 70% das internações; d) serviços de urgência e emergência - o SAMU provê mais de 70% de toda assistência emergencial fora dos estabelecimentos de saúde; e) serviços de alto custo/alta complexidade, como a terapia antirretroviral para o HIV/Aids (mais de 300 mil usuários) e os transplantes de órgãos.

Destacou como desafios para o SUS: a) financiamento adequado e equitativo; b) mudanças epidemiológicas e demográficas (crescimento das doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs -, elevada incidência de doenças transmissíveis, como a dengue, causas externas – acidentes e homicídios; c) redução de disparidades entre grupos populacionais e localidades; d) melhoria da gestão e regulação de todo o sistema de saúde, com prioridade para: a atenção básica, a articulação interfederativa e a relação público-privado.

Sobre o uso de indicadores para avaliar o desempenho do SUS, citou a experiência do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (idSUS) do Ministério da Saúde. O idSUS é um conjunto de indicadores, que busca fazer uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. Possui como objetivos específicos: a) avaliar a rede de atenção à saúde quanto ao acesso e resultados das ações e serviços de saúde na vigilância em saúde e na atenção básica, especializada ambulatorial e hospitalar, assim como de urgência e emergência; b) identificar e avaliar problemas e deficiências do SUS, subsidiando a superação destes; c) ser referência para a construção de pactos e compromissos entre gestores do SUS. Considerou que o uso do idSUS tem sido abandonado pelo Ministério da Saúde.

Sobre indicadores de acesso a ações e serviços de saúde, observou os avanços relacionados ao Programa Saúde da Família, aos medicamentos (diabetes e hipertensão), mas indicou gargalos no SADT e serviços hospitalares (carência de leitos).

Em relação à qualidade da atenção, o que se tem, basicamente, são pesquisas de opinião, que, em geral, indicam que as pessoas que conseguem acesso ao SUS avaliam bem o sistema.

Sobre indicadores de oportunidade de tratamento, o exemplo mais claro é o relacionado à atenção oncológica. Há um prazo estabelecido em lei de no máximo de 60 dias para início de tratamento de câncer. Dados do SISCAN, entre 2013 e abril de 2015, indicam que foram registrados 25.162 casos e apenas 12.310 iniciaram tratamento e para 43% dos que iniciaram, o prazo não foi respeitado.

Quanto a exames preventivos para o câncer de mama, o exame de palpação foi responsável por 80% dos tumores descobertos, mas o câncer já se encontrava em estágio avançado. Foi detectada dificuldade para realização de mamografia: Na faixa etária prioritária (50 a 69 anos), 40% das mulheres não fazem o exame (há controvérsias técnicas sobre a faixa etária ideal para realização da mamografia). A taxa de mortalidade por câncer de mama na faixa de 30 a 69 anos por 100 mil mulheres tem aumentado no Brasil, de modo que o objetivo do milênio relacionado a essa doença não será cumprido.

Sobre indicadores de efetividade, utilizou o caso da atenção básica (AB) que, em sendo efetiva, reduziria necessidade de serviços mais complexos. O Ministério da Saúde observou problemas de efetividade, apesar da ampliação no acesso à AB. A respeito da eficiência, mencionou o caso da distribuição de medicamentos para a atenção básica. Disse que o Programa Farmácia Popular sofre críticas por ter um custo de distribuição maior que o pela rede própria do SUS, contudo, o acesso a medicamentos foi ampliado, devido à capilaridade das farmácias no País. O programa necessita, pois, de aperfeiçoamento.

Quanto à equidade, abordou a questão do financiamento, mencionando que: a) 57% do gasto com saúde é privado; b) há subsídios ao consumo privado de assistência à saúde por meio do imposto de renda (R\$13,6 bilhões em subsídios em 2013); c) 28% da população possui cobertura por plano ou seguro de saúde (37% no Sudeste e 13% no Norte, 32% áreas urbanas e 6%

áreas rurais, sendo que trabalho e renda são principais determinantes das diferenças).

Sobre a equidade na utilização de serviços, destacou dados da Pesquisa Nacional de Saúde, segundo os quais a realização de consultas médicas ocorreu nos últimos 12 meses para: 86% das pessoas com plano de saúde e para 66% daquelas sem plano; e para 73% da área urbana e 63% da área rural (a diferença não é tão grande e talvez seja um efeito do progresso na atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família).

Jairo Bisol (MPDF) comentou a questão do acesso à saúde sob a ótica da judicialização, que está intimamente ligada a não efetivação da política. Entre os motivos para essa situação, citou o subfinanciamento do setor (talvez o mais grave). O SUS foi subfinanciado desde sua criação e vem sendo paulatinamente desfinanciado, num processo racional (intencional) de desmonte do sistema. Considerou que há um descompromisso político dos governos com a saúde, embora haja setores de resistência nos órgãos da saúde.

Também não tem havido compromisso com a definição de um modelo de gestão e controle que viabilizem o SUS. O sistema ainda se caracteriza por ser hospitalocêntrico, centrado na média e alta complexidade. O financiamento do setor privado, em detrimento do público, também tem se elevado. Mas apesar da situação adversa, o SUS produz muito, consistindo numa política de inclusão social, embora, nem sempre, com a qualidade desejada.

A judicialização toma contornos dramáticos. Uma das formas é gerada a partir de demandas individuais, em geral conduzidas pelas defensorias públicas, e outra é realizada pelo Ministério Público.

A primeira tem impacto desestruturante para o Judiciário (não preparado para receber tantas demandas, apesar da criação de comitês nas UF para orientar essa questão) e também para o gestor municipal, que tende a ser o primeiro a ser responsabilizado, contudo, é necessária para garantir direitos (pois 60 a 70% das ações judiciais referem-se a procedimentos e medicamentos que são objeto de protocolo do SUS e que, portanto, não deveriam ser objeto de judicialização). A segunda forma é estruturante, pois encaminha demandas coletivas sobre a política de Estado.

Apoiou a proposta da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde – AMPASA - de criação de núcleos de assessoramento técnico regionais ao Judiciário, para reduzir a judicialização,

inclusive a que rompe protocolos e que pode ser usada para satisfazer interesses mercantis (20 a 30% dos casos).

Destacou a ambiguidade de a matriz constitucional prever uma atenção à saúde universal e integral, com financiamento público; mas, ao mesmo tempo, ser criada uma Agência Nacional de Saúde, sinalizando uma terceirização pelo Estado da questão da saúde. A ambiguidade do Estado também se revela em propostas que buscam ampliar o mercado para os planos de saúde. Mencionou o subfinanciamento oculto da saúde privada, por meio de renúncia fiscal.

O Deputado Osmar Terra alertou para o momento de crise dramática do SUS, com o corte de R\$ 13 bilhões do orçamento federal, que pode levar ao final do sistema, como existe hoje. Nenhum governo tem colocado a saúde como prioridade, tendo sido vista como problema que custa muito e dá pouco retorno político de curto prazo. Em geral, não há preocupação com os indicadores de saúde da população. Mencionou que falta uma perspectiva de política estruturante para o SUS, inclusive para a atenção básica. Faltam estímulos como carreira nacional (consorciada com demais entes), que promova uma atenção integral, particularmente na atenção básica, e também recompensas a profissionais pela superação de metas.

O Deputado Dr. Jorge Silva questionou quem seriam os interessados no subfinanciamento do SUS e destacou avanço na atenção básica, o qual será ampliado com o Programa Mais Médicos, apesar dos problemas do SUS. Salientou a dificuldade em prover saúde de qualidade com menos de U\$ 500 per capita, bem como os desafios causados pelo novo perfil de doenças e o quadro desumano que se observam nas portas de entrada do sistema pelo Brasil.

O Deputado Paulo Foletto questionou sobre a criação de estímulos relacionados ao idSUS, para melhorar o desempenho do sistema, bem como sobre a relação da judicialização com a equidade na saúde e sobre sua proposta de pactuações prévias contratualizadas, para evitar a judicialização e gastos que extrapolem a racionalidade. Mencionou que o RS, desproporcionalmente, detém mais da metade das ações judiciais na saúde. Apresentou uma demanda da Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais solicitando providências quanto a uma ação em Sergipe, na qual a União recusa-se a se responsabilizar solidariamente com o Estado em demanda judicial de um usuário do SUS. Se a União for vitoriosa nesse caso, poderia ser criada uma jurisprudência desfavorável aos demais entes federados.

A Deputada Flávia Morais questionou a posição dos palestrantes sobre a apresentação do ministro da saúde do relatório quadrimestral do SUS na Comissão Mista de Orçamento, em que este informou sobre a redução na estratégia de pagamento pela Tabela SUS, favorecendo a contratualização. Também indagou sobre a proposta de nova CPMF e, ainda, sobre o corte do orçamento federal da saúde.

A Deputada Carmen Zanotto confirmou que a judicialização está atingindo medicamentos e insumos já padronizados pelo SUS, a exemplo de alguns destinados a pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Destacou que a lei de acesso ao tratamento do câncer menciona a necessidade de revisão periódica e frequente dos protocolos clínicos e terapêuticos. Demonstrou preocupação com um orçamento federal da saúde engessado. Recomendou revisão da Tabela SUS para alguns procedimentos, como os ambulatoriais.

Edvaldo Batista de Sá colocou-se favorável a estímulos para ampliar a eficiência, mas também é preciso melhorar o desempenho dos que não estão indo bem. Sobre a Tabela SUS, mencionou a Santa Casa de São Paulo recebe incentivos que tem como base incrementos a essa tabela, ou seja, ela serve de referência. Citou o caso de procedimentos de hemodiálise que estavam abaixo do custo, mas poderia haver ganhos por meio de subsídios cruzados (por exemplo, para procedimentos relacionados a transplantes). Os serviços que não têm esses subsídios enfrentam dificuldades. Sobre os filantrópicos, mencionou que recebem benefícios, mas que a situação não se equilibra. Quanto à judicialização, sugeriu que se atue na questão dos prazos que a CONITEC leva para incorporar novas tecnologias. Sobre o orçamento federal para saúde, destacou que as novas regras para a União levarão a redução de recursos para os próximos anos. Sobre recursos humanos, destacou a necessidade de incentivos para profissionais recém-graduados atuarem em regiões de vazios assistenciais.

Jairo Bisol indicou que o subfinanciamento da saúde é um desafio para todos os países com sistema universal. No caso do Brasil, parece que há forcas na área econômica de vários governos que não simpatizam com essa política de Estado. Logo, não demonstraram compromisso com o Estado na sua plenitude. Sobre a contratação prévia para evitar judicialização, considerou que alguns esforços já estariam em curso. Citou o exemplo de comitês criados pelo CNJ em Estados, compostos de representantes do Judiciário, de gestores e da sociedade, buscando soluções que não sejam judiciais.

Mencionou que há uma grave crise orçamentária no DF, em agosto já não havia garantia de recursos financeiros e orçamentários. Defendeu uma carreira para a atenção básica, contudo, mais que isso, é preciso de um modelo de gestão pública aprimorada. Entre exemplos de problemas que se beneficiariam de uma melhor gestão no DF, citou: o elevado absenteísmo; o comprometimento de 81% do orçamento com pessoal e o sistema de compra de medicamentos, que não se beneficia de seu poder de escala.

Destacou a falta de controle e o desvio de recursos. Considerou que o SUS é uma política mais avançada que a estrutura do Estado brasileiro. Por isso acha necessária reforma política, tributária, judiciária (atualmente as cortes recursais são nomeadas pelo Executivo).

A Deputada Raquel Muniz lamentou a ausência da representante do Ministério da Saúde, Lumena Furtado.

VI.5 Audiência 05 - Recursos Humanos para o SUS.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (CFM) apresentou seis eixos propostos pelo CFM em defesa do SUS: defesa da implantação efetiva do SUS; equidade de acesso à saúde do cidadão; integralidade da atenção; assistência com profissionais qualificados e habilitados; sistemas de regulação pactuado na sociedade organizada; e financiamento compatível às necessidades de saúde da população.

Destacou os modelos de gestão da saúde no mundo: a) medicina socializada - Estado do bem estar – Europa; b) medicina com relação de mercado – USA; c) medicina coletivizada – Cuba; d) misto – Brasil.

Observou que os Municípios vêm se destacando no financiamento do SUS. Salientou que a saúde no Brasil é um problema crônico. Os problemas de acesso e de qualidade da assistência em saúde têm, historicamente, causado impacto negativo na avaliação dos diferentes governos federais.

No governo FHC, 51% dos brasileiros apontaram a saúde como principal problema do país (CNI-Ibope, 2002). No governo Lula, o percentual ficou em 49% (Ibope e Instituto Trata Brasil, 2009), no governo Dilma, o percentual foi de 52% (CNI-Ibope, 2011) e 67% da população acreditava que a

saúde deveria ser prioridade no novo mandato presidencial (CNT/MDA-Datafolha, 2015).

Considerou que o governo reduziu um debate complexo da assistência à máxima de que “faltam médicos no país”. No entanto, ignoraram que a dificuldade do acesso decorre da ausência de políticas públicas estruturantes, sem as quais o futuro do SUS estará comprometido. Os principais nós residiriam na falta de infraestrutura física, de políticas de trabalho eficientes para médicos e outros profissionais da saúde, e, principalmente, em um financiamento limitado, que não permite novos investimentos e nem a absorção de novas demandas da sociedade.

Citou os seguintes aspectos que interferem no trabalho médico no SUS: desigualdade no acesso; concentração dos profissionais nas áreas mais desenvolvidas (capitais e litoral); dificuldade de fixação dos profissionais em zonas de difícil provimento (interior do Nordeste, Norte e periferias de grandes centros); desestímulo de ingresso na rede pública; falta de investimento em infraestrutura e políticas de recursos humanos.

No contexto mundial, destacou que o Brasil é o 5º país do mundo em número absoluto de médicos - à frente de 188 países. Os médicos brasileiros representam 4% da população médica mundial e 19% dos médicos de todas as Américas. Com a densidade de 1,95 médicos/1.000 habitantes, o País está acima da razão do planeta, de 1,4 médicos/1.000 habitantes. A OMS projetou a provável escassez de médicos no mundo para o ano de 2015, e concluiu que em 45 países faltarão médicos. O Brasil – juntamente com EUA, Canadá e outros países das Américas e Europa – não foi incluído neste grupo. Os países sem médicos são quase sempre aqueles que têm maior taxa de mortalidade infantil e materna, menor expectativa de vida ao nascer e outros péssimos indicadores de saúde (o que não é o caso do Brasil).

Sobre o problema da concentração geográfica dos médicos, observou aumento do número de médicos, mas de modo concentrado. O crescimento do número de médicos é maior que o da população em geral. Em 1970, o país contava com 59 mil médicos; em 2011, tinha 372 mil (salto de 530%). No mesmo período a população brasileira cresceu 105%.

Ha desigualdade na distribuição regional de médicos. Enquanto no Brasil há 2 médicos por mil habitantes, no Sudeste há 2,67 e no Norte, 1,01. Quem mora na região Sul e Sudeste conta com duas vezes mais médicos que os habitantes de Norte, Nordeste e Centro-Oeste (excluindo o DF).

Quem vive em alguma capital conta com duas vezes mais médicos que os que moram em outras regiões do mesmo Estado. A diferença entre os extremos - morador do interior de um Estado do N, NE, CO, e o residente de uma capital do Sul ou Sudeste - é de quatro vezes, no mínimo. O aumento de médicos (sem uma nova política eficaz de presença do Estado e atração de profissionais em regiões desassistidas) pode acentuar as desigualdades geográficas na distribuição desses profissionais.

A concentração dos médicos em determinadas regiões não é fenômeno isolado. Ela também é reproduzida em outras categorias (dentistas e pessoal de enfermagem) e entre os estabelecimentos de saúde. Esse fenômeno demonstra a ausência de políticas públicas focadas na assistência em saúde, fazendo com que o Estado não assuma seu papel de indutor em áreas de difícil provimento. Essa opção do Estado tem deixado essas áreas à mercê do mercado privado, que não sendo atrativo nessas regiões não estimula a permanência de médicos ou outros profissionais da saúde e nem a qualificação da assistência.

O não provimento de médicos em determinadas localidades vai além da quantidade de médicos disponível no país: acompanha também concentração regional da produção e da renda.

A quantidade de médicos no SUS é deficiente. No Brasil é de 1,13 por mil habitantes e no Norte, de 0,66 por mil habitantes. Cerca de 220 mil médicos atuam no SUS (CNES), representando 55,5% dos médicos registrados no Brasil. Há migração do setor público para o privado. Para reverter, seria preciso: valorização do profissional, carreira, desprecarização e dedicação integral (estratégia focada na atração).

O financiamento do setor é fundamental para obtenção de melhores resultados. Os países com melhor performance na razão médico/habitante - como Alemanha, França, Espanha, Uruguai, Argentina e Inglaterra - possuem forte participação do Estado no financiamento.

Sobre as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil, identificou a baixa remuneração como fator de desestímulo de atração e manutenção de profissionais no SUS. Os honorários pagos por meio da Tabela SUS estão defasados. Mais de 70% dos 1.500 procedimentos que geraram alguma AIH - Autorização de Internação Hospitalar - nos anos de 2008 e 2014 estão defasados frente aos principais índices inflacionários do País (INPC, IPCA, IGP-DI e correção do salário mínimo).

Concluiu que não há falta generalizada de médicos no Brasil. São as desigualdades de distribuição que conduzem a focos de escassez de profissionais em determinadas localidades, em determinadas redes e serviços de saúde e em determinadas especialidades médicas. A inserção e a localização dos médicos podem ser influenciadas por um conjunto de interesses e de fatores (pessoais, institucionais, corporativos, políticos e epidemiológicos). O reduzido investimento público em saúde no Brasil, incoerente com o sistema universal preconizado na Constituição Federal, faz com que as desigualdades na distribuição de médicos sejam amplificadas.

Sem mudanças estruturais no sistema de saúde brasileiro, a começar pela solução do subfinanciamento, e sem uma política eficaz de presença do Estado, de atração e de valorização dos profissionais de saúde, é possível supor que o aumento do efetivo médico, via abertura de mais cursos de Medicina ou políticas pontuais de incentivos e flexibilidades, acentuará ainda mais as desigualdades verificadas. A necessidade de médicos não pode ser determinada por decisões governamentais unilaterais, unicamente por gestores do sistema público ou por entidades representativas da categoria médica. Antes, precisa ser debatida com transparência, informações fundamentadas e participação da sociedade.

Como cenário da graduação médica destacou: abertura excessiva de escolas médicas – 2º país no Mundo; municípios sem estrutura para formação médica; docentes em número insuficiente; abertura de escolas médicas como negócio; e qualidade da formação médica não aferida.

Como propostas do CFM para a graduação citou: fortalecimento do processo de revalidação de formados no exterior; Estabelecimento de critérios mais rigorosos para a abertura de novas escolas de graduação e residência médica, com condições necessárias aos seus objetivos; Sistemas de avaliação independente das escolas autorizadas – SAEME.

Como cenário da Residência Médica destacou: obrigatoriedade de cursar um ano de residência médica (RM) da Família em Especialidades Básicas; abertura de Programa de RM da Família sem o correspondente número de preceptores/tutores; regulação do número de especialistas/especialidades ao SUS, sem considerar o sistema suplementar; interferência nos critérios de qualificação profissional das sociedades científicas médicas; em 2018, previsão de um VAZIO na admissão dos PRM, pela obrigatoriedade de cursar um ano de Residência em Medicina da Família.

Como propostas do CFM para a Residência Médica citou: manutenção das atribuições da Comissão Mista de Especialidades(CFM/AMB); manutenção das atribuições da Comissão Nacional de Residência Médica; Não permitir PRM sem preceptor residente no Município.

Como cenário do mercado de trabalho destacou: importação de mão de obra médica com diplomação não revalidada; substituição do médico brasileiro pelo intercambista; serviço cívil obrigatório aos médicos; transferência patrimonial dos hospitais públicos a empresa pública de direito privado; abertura da entrada de capital estrangeiro no setor saúde; precarização do trabalho médico.

Como propostas do CFM para o mercado de trabalho citou: sistema público; carreira médica de estado; concurso / período integral / mobilidade inter municipal / piso salarial; estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS; vínculo trabalhista formal dos médicos nos prestadores não públicos ao SUS; obrigatoriedade contratual entre operadoras de saúde e médicos.

Ângelo D'Agostini (Ministério da Saúde) iniciou mencionando a missão do Ministério, os princípios da atenção no SUS e estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), criada em 2003, com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação das profissões da saúde no Brasil.

Em seguida, apresentou atividades do órgão. Como ações estruturantes, especificou: a) política de educação permanente em saúde; b) mudança nas graduações em saúde; c) pós-graduação - formação de especialistas; d) educação profissional técnica de nível médio.

Indicou que educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Contribui para a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas em saúde. Reforça a estratégia de descentralização e regionalização da educação permanente em saúde.

Destacou os atores nos Estados: 36 escolas técnicas do SUS (ETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP), Secretarias de Estado da Saúde, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Instituições de Ensino Superior (IES) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Mencionou a existência de portal na Internet sobre saúde baseada em evidências. O Programa Telessaúde melhora os serviços de saúde por meio da qualificação dos profissionais, aumenta a facilidade de acesso a serviços especializados e promove a inclusão digital.

Também destacou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde; o Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas (apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, por meio da expansão de Programas de Residência Médica – PRMs - e Multiprofissionais - PRMS); a Educação Profissional Técnica; e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS.

Na esfera da gestão do trabalho, mencionou programas para qualificação dos trabalhadores do setor de gestão do trabalho em saúde: cursos de especialização em gestão do trabalho na saúde (UFRN e Fiocruz); cursos de Negociação Coletiva (Dieese); e curso de gestão das condições e saúde dos trabalhadores em saúde (UFMG).

Na área de sistema de informações sobre a força de trabalho no SUS, salientou o desenvolvimento de ferramenta para armazenamento de informações sobre a força de trabalho em saúde (identificação, projeção e dimensionamento), disponível na Internet: <http://irh.sedis.ufrn.br/>. Também destacou os Observatórios em Saúde, que permitem melhor conhecimento sobre as realidades da força de trabalho em saúde.

Para a democratização das relações de trabalho em saúde, destacou as seguintes atividades: a) funcionamento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e do Sistema Nacional de Negociação no SUS (com representação sindical e patronal); b) assistência técnica e financeira com o objetivo de ampliar os espaços de negociação entre gestores e trabalhadores – mesas de negociação e fomento e apoio à democratização e desprecarização das relações de trabalho e implementação de PCCS (são mais de 100 mesas municipais e estaduais).

A Agenda Nacional do Trabalho Decente do SUS (parceria com OIT) tem promovido a melhoria das condições de trabalho, promoção do diálogo social, igualdade de oportunidades e combate a todas as formas de discriminação nas relações e no local de trabalho.

No caso dos agentes de saúde, indicou que há um Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho, Educação e Valorização dos Agentes de Saúde (ACS/ACE).

Destacou o incentivo à inovação com a valorização de práticas em gestão do trabalho em saúde, por meio: do Laboratório de inovações (parceria com a UnB, que compartilha experiências, disponível em: <http://apsredes.org/site2013/gestao-trabalho/>) e o Prêmio InovaSUS (que reconhece entes federados com experiências inovadoras em gestão do trabalho).

Observou que a gestão do trabalho não considera hierarquia entre profissionais.

Newton Lima (Ebserh) apresentou o histórico da criação da empresa:

a) 2006 - Acórdão nº 1.520/06 do TCU, recomendando a recomposição da força de trabalho dos hospitais universitários federais (HUFs) – Substituição de precarizados por concursados públicos;

b) 2009 – Acórdão nº 2.813/09 do TCU, que renovou a demanda;

c) Dez/2011 – Autorização de Criação da Ebserh (Lei nº 12.550/2011);

d) Ago/2012 – Aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários;

e) Jan/2013 – Assinatura dos primeiros contratos com UFPI, UnB, UFMA e UFTM;

f) Jan/2014 – 18 Instituições Federais de Ensino (IFES) com contrato assinado e 16 IFES sem contrato;

g).Ago/2015 – 26 IFES com contrato assinado e 08 IFES sem contrato.

Esclareceu que a missão da Ebserh é aprimorar permanentemente a gestão dos Hospitais Universitários Federais para prestarem atenção de qualidade à saúde no âmbito do SUS e fornecerem um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docentes e discentes. A empresa pretende ser referência na gestão de Hospitais Universitários. Ressaltou que a Ebserh tem financiamento totalmente público, atende apenas ao SUS e a meta é alcançar 100% de empregados públicos concursados.

São objetivos da empresa: a) recomposição da força de trabalho dos HUFs, com substituição de precarizados por concursados públicos (CLT); b) reestruturação física dos HUFs; c) renovação do parque tecnológico; d) implementação de modelo de gestão eficiente.

Suas finalidades são: a ampliação e qualificação de serviços para o SUS e a ampliação e qualificação da formação de profissionais de saúde para o País.

Comentou sobre a situação dos contratos com as 35 IFES (pois elas possuem autonomia para aderir ou não): 26 com contrato, 8 sem contrato e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que já é uma empresa pública há mais de 40 anos, tendo sido inspiração para a criação da Ebserh.

Entre os efeitos da empresa na recomposição da força de trabalho dos 31 HUFs, citou que anteriormente havia 20 mil servidores no regime jurídico único (RJU) e 10 mil como empregados de fundações; atualmente o número de RJU foi mantido, mas ao fim de 2015 haverá 29 mil celetistas e nenhum empregado de Fundação, totalizando quase 50 mil pessoas. Foram mais de 19 mil cargos criados (um aumento de 64,2%). Com relação aos profissionais médicos, foram quase 5000 novos cargos (78% de aumento). A precarização vem caindo nos 31 HUFs, pois de dezembro de 2014 a dezembro de 2015 será reduzida à metade.

A presença de mais profissionais está provocando abertura de leitos que estavam fechados por falta de pessoal (evoluindo de 6,2 mil para 8,5 mil leitos previstos para o final de 2015).

O Deputado Paulo Foletto reconheceu avanços na evolução da Ebserh e no nível de adesão dos HUFs. Questionou sobre a absorção de novos graduados em medicina pelo mercado privado; sobre ações destinadas a promover equipes multiprofissionais de saúde no SUS; sobre a razão de não aproveitamento de apenas 4 mil, dos 15 mil médicos brasileiros que se inscreveram na última seleção do programa Mais Médicos, ao invés de persistir com bolsas educacionais, que não fixam profissionais; e sobre a atuação da Ebserh em outros tipos de serviços de saúde do SUS.

O Deputado Adelmo Carneiro Leão lembrou que Newton Lima atuou na luta pela criação de carreira única para professores federais, que se concretizou. Questionou sobre custos de internação hospitalar devido a espera por insumos; sobre a criação de carreiras públicas de âmbito federal;

sobre relação mais justa entre os setores públicos e privados (nenhum tomando vantagem do outro). Recomendou que serviços públicos sejam referência para a contratualização com o setor privado.

A Deputada Carmen Zanotto destacou o processo de convencimento progressivo das universidades para aderirem ao contrato com a Ebserh e indagou: se os contratualizados conseguiram ativar 100% de seus leitos; se persistem conflitos entre a empresa e universidades a respeito da autonomia; o destino de reitores de universidade que persistirem com pessoas contratadas por fundações; a confirmação sobre a situação dos contratados pela Ebserh, quanto ao status de funcionário público, pois não considera celetista como precarizado; e sobre existência de comparações de custo nos serviços atendidos pela empresa com o de outros prestadores de serviço (sabe-se que filantrópicos operam com deficiência de remuneração pelo SUS e muitos profissionais dependem de valores previstos na Tabela SUS).

A Deputada Zenaide Maia reforçou que resistências contra a Ebserh foram superadas no RN. Também questionou sobre a ampliação do número de leitos.

O Deputado Osmar Terra considerou que a questão de recursos humanos é chave para o SUS. O Programa Mais Médicos atende emergencialmente a população, mas não é permanente. Defendeu perspectiva de carreira pública, principalmente na atenção básica, No âmbito hospitalar, o modelo da Ebserh se mostra mais promissor. Rejeitou que preferências ideológicas previnam adoção de novos modelos, desde que atendam aos usuários do SUS adequadamente.

Destacou que o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) do RS custa mais para o SUS, que todos os demais hospitais do sistema juntos (mais de 300 hospitais, incluindo o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Santa Casa de Porto Alegre). A máquina estaria inchada e crescendo anualmente. Contudo, atende apenas 6% da demanda. Inclusive, o custo de internação em hospital privado mais destacado do RS, o Moinhos de Vento, seria três a quatro vezes inferior que no GHC, para o mesmo tipo de internação. Sugeriu que há graves problemas de gestão nesse serviço público.

Questionou sobre a atuação da Ebserh em hospitais que não são universitários, citando caso de debates a respeito do Hospital Regional de Santa Maria e sobre a criação de carreira federal para profissional de saúde na atenção básica, com custo compartilhado com Estados e Municípios,

estimulando dedicação exclusiva no setor público. Comentou que o Ministério da Saúde vai na contra mão, admitindo redução na carga horária no Programa Saúde da Família.

O Deputado Dr. Jorge Silva solicitou esclarecimentos sobre o binômio ensino – assistência.

Newton Lima observou que hospitais universitários possuem autonomia e que quando assumem a gestão plena da Ebserh, não apresentam profissional precarizado (existem 6 hospitais desprecarizados). A empresa fará programa de capacitação de profissionais para acompanhar residentes e também na área de gestão hospitalar (por meio de mestrado profissional). Foi aprovada nesta Casa a possibilidade de se pagar bolsa de estudo para quem atua na assistência a saúde nos HUFs, permitindo integração e melhoria na formação.

Esclareceu que a Ebserh não absorveu as fundações, elas continuam a existir, o que está se extinguindo é o processo de contratação precarizado, por meio das fundações. Indicou que os indicadores sobre custos são precários no País. O modelo proposto pela Ebserh considera que os recursos recebidos do SUS não são usados para contratação de profissionais (esses são provenientes da Ebserh), mas são usados integralmente para sustentar e desenvolver o serviço. Destacou que as seleções tem sido um sucesso, com ampla participação de profissionais. Os contratados pela empresa não são servidores públicos, são funcionários públicos. São concursados para regimes diferentes: RJU e CLT. A maior dificuldade tem sido administrar profissionais com regimes diferentes num mesmo hospital, com diferenças salariais e sindicatos diferentes.

A Ebserh tem uma diretoria de atenção à saúde, uma de pesquisa e o setor administrativo. A estrutura é enxuta para responder demandas. Desconhece conflito sobre autonomia. A interlocução é realizada com o reitor, a autoridade maior. O destino das universidades que persistirem operando com fundações para contratar pessoal não é tema da Ebserh, mas dos órgãos de controle. Por exemplo, ocorrerá audiência pública com o reitor da UFRJ para que explique ao Judiciário por que não adotou solução disponível há dois anos (1.500 contratações autorizadas por meio da Ebserh), para resolver problemas com recursos humanos.

Não consegue pensar em outra solução, pois concursos para o RJU tornar-se-ão menos frequentes (para evitar aposentadorias precoces

e integrais). Será uma questão de tempo a transição para o modelo da Ebserh, destacando que não se trata de privatização.

Não soube dizer se os HFUs que aderiram abriram 100% dos leitos em doze meses (providenciará os dados), embora tenha demonstrado que houve uma relevante elevação do número de leitos.

A lei que aborda a Ebserh permite sua atuação em hospitais federais não universitários, porém recomenda a consolidação dos HUFs, para que se estabeleça um elevado padrão. Mais uma vez, dependerá da decisão autônoma das universidades. Por exemplo, seria factível que um Estado doasse um hospital para uma universidade da União e esta solicitasse atuação da Ebserh.

Mencionou que o orçamento da empresa para folha de pagamento em 2016 é de R\$ 2 bilhões para os 31 hospitais federais associados.

Ângelo D'Agostini Donizetti salientou dados concretos do Programa Mais Médicos, indicando que aumentou aquisição de medicamentos para diabetes e hipertensão em farmácias populares e reduziu demanda nas urgências relacionadas a essas doenças. Observou que o programa será aperfeiçoado. A maior adesão de médicos brasileiros nesse ano foi um avanço, mas será preciso avaliar alterações no programa para promover a fixação de profissionais. Valorizou o diálogo ente o governo e os vários setores da sociedade e profissionais envolvidos, reconhecendo o apoio do Legislativo nesse debate. Citou o exemplo da enfermagem, que representa mais da metade dos profissionais da saúde, sendo que 20% possuem graduação e os demais são técnicos e auxiliares; indicando que o debate precisa considerar as particularidades dentro de cada categoria.

Sobre os planos de carreira esclareceu que não devem ser segmentados, mas globais, embora com especificidades (pelas diferenças entre as diversas profissões e pela autonomia dos entes federados). Priorizaram a elaboração de diretrizes nacionais para planos de carreira no SUS e realização de oficinas de trabalho para discutir a implantação pelos entes, inclusive em âmbito regional.

Dimer Giamberardino Filho considerou que o aumento isolado do número de médicos sem melhoria na estrutura de saúde seria o mesmo que oferecer analgésico sem tratar a causa da doença. Para que a atenção básica seja adequada é necessário uma organização, mas hoje o que se

observa é a tentativa dos entes federados de se protegerem das despesas com saúde, transferindo responsabilidades. Para que se fixem profissionais em locais distantes é preciso um sistema organizado e hierarquizado (com referências e responsabilidades compartilhadas).

Também é preciso valorizar a atenção primária, inclusive pelas universidades (70% das vagas de residência em medicina da família permanecem sem ocupação) e os profissionais em pequenas cidades precisam ser blindados da política municipal, por meio de carreira. Valorizou a equipe multiprofissional nos vários níveis de atenção. Sobre o diálogo com o governo, indicou que tem ocorrido imposições deste, como a obrigação de que todas as residências médicas incluam um ano de medicina da família, transformando-se em serviço civil obrigatório apenas para os médicos. O conteúdo poderia ser inserido nas residências, mas de forma menos traumática.

Atualmente, 50% dos formandos tem acesso a residência médica; mas em 2018 a legislação estabelece que todos os cursos ofereçam vagas de residência iguais ao de números de formandos. Será preciso estimular a formação de instrutores.

Finalmente, salientou que, em geral, das pessoas que procuram uma unidade básica de saúde, menos de 60% necessitarão de medicamento. Entre os 40% que recebem prescrição de medicamento, alguns não o utilizarão e irão melhorar mesmo assim. Então, na atenção básica e preciso focar na prevenção, promoção da saúde e equipe de saúde preparada para diagnósticos mais frequentes e para oferecer a certeza de acesso a um serviço mais especializado, quando necessário. Isso só é possível se Municípios tiverem consciência coletiva e gestão organizada.

VI.6 Exposição na CSSF sobre a dívida do Brasil

Maria Lúcia Fattorelli Carneiro (Coordenadora Nacional da Auditoria Cidadã da Dívida) abordou a questão da busca de novas fontes de financiamento para a saúde. Mencionou que a crise financeira atual do Brasil é seletiva, afetando o setor produtivo, e não o setor financeiro.

Observou que, nos últimos anos, o orçamento da seguridade social tem sido superavitário. Com base nas informações da ANFIP, extraídas do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), o superávit em 2014 foi de R\$ 53 bilhões, e em 2012, chegou a R\$ 83 bilhões.

Afirmou ainda que o governo não faz questão de destacar, tendo em vista que parte desses recursos está sendo destinada ao pagamento de juros da dívida pública, e o governo alardeia um déficit previdenciário, ao informar somente as contribuições previdenciárias como fonte de receita para essas despesas.

Destacou o percentual de despesas do orçamento público com encargos da dívida (45% em 2014, e 47% em 2015). O governo federal afirma que essas despesas se tratariam de rolagem das dívidas, mas ela afirmou que, em CPI da Câmara, foi comprovada a ocorrência de pagamentos de juros a maior.

Acrescentou ainda que, apesar da vedação ao contingenciamento de despesas com obrigações constitucionais e legais prevista no art. 9º, § 2º da Lei de Responsabilidade Fiscal, há uma série de ações obrigatórias de saúde que estão sujeitas à programação orçamentária no anexo VII do Decreto nº 8.456/2015, ou seja, essas despesas são passíveis de contingenciamento, retirando R\$ 2,16 bilhões das ações de saúde e educação.

Por fim, citou a existência de diversos privilégios para o sistema financeiro, que resulta em uma dominação que causa graves problemas aos benefícios sociais e que resulta em lucros crescentes aos bancos. Existem diversos mecanismos que, na visão dela, geram dívidas sem contrapartidas, como o anatocismo (juros sobre juros), operações de swap cambial, compra de dólares para formação de reservas internacionais, cobertura dos prejuízos operacionais do Banco Central pelo Tesouro Nacional. Sugeriu a realização de auditoria da dívida, como aconteceu no Equador e na Grécia, e em estados como Minas Gerais.

Na fase de debates, o Deputado Paulo Foletto questionou sobre a existência de mecanismos para buscar a utilização de parte dos recursos destinados ao pagamento de juros da dívida externa para a saúde.

O Deputado Marcus Pestana ressaltou que o controle da dívida pública deveria utilizar o conceito de déficit nominal, que é utilizado para controle da política fiscal na União Europeia e nos países desenvolvidos, no lugar do conceito de déficit primário, utilizado no Brasil após as tratativas com o Fundo Monetário Internacional (FMI) na década de 90.

O Deputado Assis Carvalho asseverou que, apesar da exposição feita pela palestrante, há uma margem muito pequena de despesas

em que é possível fazer a redução, devido a sua obrigatoriedade constitucional e legal, e mencionou sobre a necessidade de aprovação da CPMF, tendo em vista que a sua resistência não decorre de ela se destinar à saúde, mas porque é um tributo que taxa os mais ricos.

A Deputada Carmen Zanotto questionou a palestrante sobre a possibilidade de se aumentarem os recursos para a saúde, buscando atender a proposta da PEC nº 1/2015. Além disso, perguntou se as medidas do ajuste fiscal anunciado pelo Governo Federal atingiriam os bancos.

A Deputada Benedita da Silva ressaltou a necessidade de se fazer a taxação sobre as grandes fortunas, e que a implantação da CPMF não seja temporária, considerando que ela pode ser uma fonte importante de receitas.

Maria Lúcia Fattorelli respondeu informando que o problema da dívida é histórico, mas não é o único, pois há também o modelo tributário nacional e a ausência de regulação constitucional do sistema financeiro, decorrente da alteração do art. 192 da Constituição, pela EC nº 40/2003.

Entre as fontes de receitas, ela também informou que a CPMF é um tributo perverso do ponto de vista do setor produtivo e que afeta pouco o sistema financeiro, e que deveria haver a revogação da isenção de imposto de renda sobre os lucros das pessoas jurídicas, o que seria uma possível fonte de receitas para a saúde.

Por fim, ela afirma que deveria ser dada maior transparência ao orçamento da seguridade social, face às afirmações falaciosas de que a previdência social é deficitária por parte do Governo Federal, e que parte desse orçamento está sendo usado para o pagamento de juros da dívida pública.

VII – CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES

Os trabalhos desta Subcomissão desenvolveram-se num contexto de grave crise do SUS, em que o seu subfinanciamento é uma causa que se sobressai. Contudo, optou-se por uma abordagem mais ampla, que considera essa questão, mas também outros fatores necessários ao desenvolvimento do SUS.

A definição de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como os princípios gerais e diretrizes desse sistema (como a universalidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação social), estabelecidos na Constituição de 1988 continuam a ser percebidos como válidos para orientar a sua construção.

É reconhecido que o SUS é conceitualmente avançado e com potencial para assimilar e superar os problemas da atualidade. O sistema tem se destacado pelos avanços produzidos na atenção primária e em várias áreas de maior nível de especialização. Como se observa no **quadro 1**, o SUS já alcançou uma produção impressionante (que justifica os volumosos recursos que utiliza), mas esta tem sido mal divulgada e o que se dissemina são ações fragmentadas de governos específicos.

Apesar das conquistas, são notórias as dificuldades de implementação do sistema, marcadas por grandes diferenças regionais na cobertura e qualidade dos serviços prestados e gargalos na atenção (amplificados por ineficiências na atenção primária), os quais se evidenciam nas filas de espera (por procedimentos e leitos) e nas situações indignas em serviços de urgência e emergência de todo o País.

Grande parte desses problemas devem-se a inadequações em seu modelo de organização, gestão e alocação de serviços (inclusive a infraestrutura relacionada à informatização), de recursos humanos, materiais, e financeiros (com subfinanciamento crônico, pois os recursos são consideráveis, mas ainda insuficientes). Também há uma fragmentação no apoio e na priorização do SUS por agentes da sociedade e do Estado.

Quadro 1. Síntese da produção do SUS

Entre 2002 e 2013:

- Procedimentos ambulatoriais foram de 1,9 milhões para 3,8 milhões;
- Atendimentos na atenção básica foram de 868 milhões para 1,2 bilhões;
- Atendimentos na atenção especializada foram de 146,4 milhões para 447 milhões.

Entre 2002 e 2014:

- Internações eletivas passaram de 1,5 milhão para 2,2 milhões;
- Internações por urgência caíram de 10,6 milhões para 8,5 milhões.

Em 2014:

- Maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo;
- 98% do mercado de vacinas é movimentado pelo SUS;
- 19 milhões de procedimentos oncológicos;
- 2,6 milhões de procedimentos de quimioterapia.

O SUS colaborou na obtenção de resultados de impacto:

- Esperança de vida ao nascer subiu de 70 para 75 anos, entre 2001 e 2014;
- A taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) caiu de 26,1 a 14,5, entre 2001 e 2013.

Além desses desafios, o sistema ainda está sendo confrontado por mudanças produzidas pelas transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica. O **quadro 2** destaca dados que representam desafios para o SUS.

Quadro 2. Exemplos de desafios para o SUS

- 51% da população das capitais brasileiras está com excesso de peso;
- 23,6% declararam ser hipertensos e 16,4% da população das capitais relatam consumo abusivo de álcool;
- A incidência de sífilis está se elevando no País (aumentou 1000% entre gestantes de 2006 a 2013);
- Dados do SISCAN, sobre atendimentos de câncer no SUS, entre 2013 e abril de 2015, indicam que foram registrados 25.162 casos e apenas 12.310 iniciaram tratamento e para 43% dos que iniciaram, o prazo de 60 dias não foi respeitado;
- O exame de palpação das mamas foi responsável por 80% dos tumores descobertos, mas o câncer já se encontrava em estágio avançado.
- Na faixa etária prioritária (50 a 69 anos), 40% das mulheres não fazem o exame da mamografia (há controvérsias técnicas sobre a faixa etária ideal para realização do exame mamografia).
- A taxa de mortalidade por câncer de mama na faixa de 30 a 69 anos por 100 mil mulheres tem aumentado no Brasil, de modo que o objetivo do milênio relacionado a essa doença não será cumprido;
- O Brasil lidera estatísticas mundiais de amputações de membros inferiores (o que sinaliza para alta prevalência de diabetes sem o devido controle);
- A média de leitos hospitalares no Brasil (por 1.000 habitantes) é 2,3; enquanto que na Alemanha é 8,2; na França, 6,4; na Argentina, 4,7; na Espanha, 3,1; Reino Unido, 2,9 e Canadá, 2,7.

O modelo de organização do SUS não está se mostrando adequado para superar esses desafios. Após a ênfase na universalidade, por meio da descentralização da gestão para os Municípios, não se está conseguindo integrar as ações com eficiência e regularidade, a partir de demandas localizadas (regionais) de saúde. Apesar de avanços na atenção primária de saúde, o sistema ainda persiste centrado na atenção hospitalar.

A grande massa de usuários que depende totalmente do SUS, muitas vezes, não consegue ter suas demandas vocalizadas, até mesmo

em conselhos de saúde, com o senso de urgência adequado ao atendimento de suas necessidades. Também entre os que definem as políticas públicas no País ainda não há a devida prioridade para com o sistema, como fica evidente na questão do subfinanciamento.

Os resultados experimentados pelos usuários expressam a duvidade nas prioridades com que os recursos são alocados no SUS. A judicialização na saúde, em geral (entre 60 a 70% das ações judiciais), reflete provocações decorrentes de negações de serviços que já deveriam estar sendo prestados pelo SUS.

Nesse contexto, a implementação tem privilegiado aos que possuem mais recursos, pois o SUS apresenta boa qualidade para os serviços que são oferecidos e usados por todos os brasileiros, como: imunizações, vigilância da qualidade de alimentos, vigilância de doenças; incluindo serviços dispendiosos, como tratamentos para Aids, transplantes de órgãos e diálises renais. Já para serviços, como o atendimento ambulatorial, a baixa remuneração dos serviços pelo SUS está associada a uma baixa qualidade e demora excessiva, de modo que, para esses serviços, aqueles que podem, refugiam-se no sistema privado, enquanto aos mais pobres apenas resta esperar.

É certo que os avanços na atenção primária têm beneficiado também a população mais pobre, entretanto, se esse nível pode resolver 85% de seus problemas de saúde, os outros 15%, que necessitam de serviços mais especializados, também precisam ser abordados para que a população receba uma atenção integral.

Persiste uma situação de iniquidade em que os que dependem exclusivamente do SUS não têm acesso a serviços de maior qualidade de maneira homogênea e consistente; por outro lado, a parcela mais favorecida da população tem acesso ao que o SUS oferece com qualidade e também pode recorrer aos planos de saúde privados; o que lhes é facilitado, por meio de mecanismo de renúncia fiscal.

Porém, há que se cuidar para não privar a classe média trabalhadora de algum benefício num País em que a carga tributária é tão elevada e o retorno em serviços públicos é, em geral, deficiente. A solução da iniquidade não se daria, pois, por um acesso igualitário a serviços inadequados, mas pelo fortalecimento do SUS para todos.

Em geral, o suporte ao SUS, está concentrado entre os atores que se relacionam com o setor saúde; logo, persiste como um sistema muito fechado em si mesmo, ainda com dificuldades para se articular com outras políticas públicas (o que seria relevante para a prevenção e atenção a doenças e agravos), embora existam iniciativas para modificar essa situação. Como exemplo dessa necessidade, citam-se os progressos obtidos na política de produção industrial da saúde, mas que ainda não foram capazes de eliminar a dependência do País em relação a insumos farmacêuticos. Por exemplo, nenhum grama de princípios ativos para antibióticos é produzido em território nacional.

A incorporação tecnológica no SUS avançou com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), mas há críticas quanto à baixa celeridade das análises, que termina por alimentar demandas judiciais.

De todo modo, o SUS é um projeto sem retorno, pelos múltiplos benefícios que tem gerado, particularmente para a população mais carente de recursos financeiros. Constitui-se em patrimônio de uma sociedade em que há considerável desigualdade. Entretanto, há uma falta de perspectiva estruturante para o SUS e as soluções apontadas pelo nível federal, em geral, tem conduzido a mais fragmentação e focalização da atenção.

O fortalecimento do sistema depende do apoio daqueles que representam sua razão de existir: os cidadãos-usuários. Mas a pouca influência destes na orientação do desenvolvimento do SUS fica clara ao se constatar que a demanda da sociedade organizada, por meio do movimento Saúde + 10, para aumentar a participação da União no financiamento do SUS, não obteve apoio do Executivo federal em vários governos e nem do Congresso Nacional; ao contrário, o marco legal mais recente, a EC nº 86/2015, instituiu novo critério para a União, o qual está agravando o financiamento do setor.

O debate sobre a necessidade de reverter o subfinanciamento do SUS tem apontado para a discussão maior sobre a repartição dos recursos da sociedade em geral, pois as diferentes políticas públicas competem pelos recursos existentes (inclusive o esforço para pagamentos relacionados aos encargos da dívida, que representam 47% das despesas da União, sendo a outra metade destinada a todos os demais gastos).

Embora importante para a manutenção do equilíbrio fiscal, a necessidade constante de se buscar superávit primários nos orçamentos da

União, para pagamento de despesas com juros das dívidas, promove a redução dos recursos já existentes para a execução de demais políticas públicas.

A percepção de que o SUS está subfinanciado, basicamente, pela redução relativa da participação da União, tornou-se consensual. Principalmente, por ser esse o único ente federado em condições de ampliar sua participação, pois concentra a maior parte dos tributos. Embora a União tenha aumentado sua participação em termos nominais, a mesma ficou estagnada em torno de 1,7% do PIB ao longo dos últimos anos, de modo que não tem realizado esforço adicional. Além disso, os demais entes parecem ter atingido (e, até, ultrapassado) sua capacidade financeira. Ainda assim, o Congresso Nacional, sob forte influência do Executivo federal, ainda não propiciou um critério adequado para aplicação mínima em saúde pela União.

Além da redução relativa do financiamento pela União, o SUS tem sido prejudicado pela execução incompleta do orçamento do Ministério da Saúde (neste ano foi anunciado corte de R\$ 13 bilhões no orçamento federal da saúde) e pela Desvinculação das Receitas da União (DRU), que retira recursos da Seguridade Social, que deveriam financiar a saúde, a previdência e a assistência social. O **quadro 3** sintetiza alguns dados sobre o subfinanciamento do SUS.

Assim, o SUS vem sendo subfinanciado desde sua criação e, atualmente, observa-se um processo de “desfinanciação”, que está provocando o seu desmonte, em função da baixa prioridade e do descompromisso político dos governos com a saúde. Inclusive, a atual tendência de maior crescimento do setor privado pode ser decorrente da retração da participação federal no financiamento do SUS.

A superação do subfinanciamento é indispensável para que o SUS se viabilize, mas resistências podem ser devidas a uma incapacidade de o próprio sistema mostrar com mais clareza os benefícios que proporciona, os marcos que foram alcançados, os custos e resultados esperados de seus serviços (para onde nos está conduzindo) e se o usuário tem estado no foco do mesmo. Muitas dessas limitações relacionam-se a um planejamento sanitário deficiente e caracterizado por uma forte influência do nível federal (contrariando a determinação de “planejamento ascendente”, estabelecida na Lei 8142/1990 e mantida na Lei Complementar 141/2012).

Quadro 3. Dados sobre o subfinanciamento do SUS

- No Brasil, 47% do gasto total com saúde é público. Na Alemanha é 76,8%; na Inglaterra, 83,2%; e em Portugal, 65,8%;
- O gasto total per capita em saúde no Brasil é de US\$ 1.009,00, mas o gasto público per capita é de apenas US\$ 474,00, bem inferior ao de outros países com sistemas universais de saúde;
- Em 2000, a participação da União no financiamento era de 58,6%, caindo para 42,4%, em 2014;
- Os Municípios passaram a responder por mais de 30% do financiamento público de saúde;
- A aplicação em saúde pela União variou entre 14% da Receita Corrente Líquida - RCL - (em 2000 e em 2014) e 11,5% da RCL (em 2007);
- Em 2010, os Municípios aplicavam uma média de 20,4% de suas receitas em saúde, chegando a 22,8%, em 2014;
- Estados contribuíram, entre 2010 e 2014, com R\$ 18,6 bilhões a mais que o mínimo demandado pela EC 29/2000, enquanto que os Municípios, com R\$ 80 bilhões acima do mínimo;
- Em 2014, do total de aplicações acima do mínimo exigido, 77% foram realizadas pelos Municípios, 22% pelos Estados e 1% pela União. Isso deixa claro, que, para a União o piso (valor mínimo) acaba constituindo-se em teto de gastos;
- Com a EC 86/2015, o exercício de 2016, como o primeiro ano de aplicação do piso federal baseado na RCL, contará com o percentual de apenas 13,2% da RCL;
- A EC 86/2015 também prevê que 50% do montante apresentado por meio de emendas individuais seja alocado ações e serviços públicos de saúde, mas estas NÃO representam efetivo ACRÉSCIMO ao Piso da Saúde.

A gestão do sistema também é marcada por certa indefinição no papel dos entes federados (particularmente nas situações em que precisem atuar conjuntamente) e pela pouca flexibilidade (há 195 tipos diferentes de incentivos com recursos “carimbados” e cerca de R\$ 1,5 bilhões do sistema não são utilizados pela inflexibilidade de recursos associados a incentivos específicos) para gestores estaduais e municipais executarem as ações sob suas responsabilidades, de acordo com as necessidades locais. São grandes as diferenças entre as capacidades (de gerir e de financiar a partir de receitas próprias) e realidades dos Municípios e muitos não conseguem garantir a integralidade da atenção. Mais de 80% dos Municípios possuem menos de 20 mil habitantes e 44%, menos de 10 mil habitantes. Não é de admirar que a capacidade de gestão seja baixa em grande parte dos Municípios (mais da metade possuem um baixo índice geral de governança).

Sobre a relação com os prestadores de serviços ao SUS, não se observa uma diretriz para garantir o equilíbrio econômico e financeiro destes (como estabelecido no art. 26 da Lei 8.080/1990). A contratualização dos serviços tem ocorrido, mas com abrangência ainda incompleta; de modo que muitos dependem de uma Tabela SUS, que persiste como referência de preços no setor público, mas que está defasada para muitos procedimentos (mais de 70% de 1.500 procedimentos que geraram alguma AIH nos anos de 2008 e 2014 estão defasados frente aos principais índices inflacionários do País).

A destinação de recursos para os prestadores de serviços públicos e privados, poderia ser mais equilibrada, de acordo com a demanda, pois alguns recebem elevadas quantias⁵, enquanto outros, de elevada produção para o SUS, recebem recursos insuficientes.⁶

Também não estão suficientemente avaliadas experiências com modelos diferenciados de gestão, envolvendo terceirizações.

O Decreto 7.508/2011 representou uma tentativa de organizar a gestão do SUS, tendo como base um planejamento regionalizado, aproveitando o poder de escala de níveis mais centrais e a capilaridade dos

⁵ Segundo o Deputado Osmar Terra, o Grupo Hospitalar Conceição do RS custa mais para o SUS, que todos os demais 300 hospitais do Estado juntos, incluindo o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Santa Casa de Porto Alegre, contudo atende 6% da demanda.

⁶ O diretor do Hospital do Câncer de Barretos, Henrique Prata, comentou que o governo precisa rever a lei que concedeu benefícios fiscais para os chamados “hospitais de excelência”, que hoje contemplam cinco unidades de SP e uma do RS. Segundo ele, esses hospitais privados têm benefícios de R\$ 1 bilhão por ano, enquanto o hospital que dirige recebe menos da metade dos recursos necessários, atendendo apenas o SUS.

locais. Contudo, não tem obtido a adesão esperada (apenas duas UF - MS e CE - assinaram o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP -, criado por meio do referido decreto). Isso, porque os entes federados não se sentem seguros a assumirem compromissos, sem as necessárias garantias de recursos suficientes e com suporte apenas de um decreto, que não possui força de lei.

A deficiência no planejamento integrado do SUS termina por comprometer a mensuração das reais necessidades, impedindo que as demandas dos usuários sejam completamente consideradas. Diante de um planejamento fragmentado e sem objetivos de longo prazo, não se conseguiu realizar uma conexão eficaz entre os diversos níveis de atenção à saúde.

O monitoramento fica dificultado, como também a responsabilização dos gestores. Alie-se a isso, uma deficiência na função de fiscalização por parte do Legislativo, que permitiu que vários dispositivos previstos em lei não fossem cumpridos pelo Executivo, ou apenas o fossem de modo cartorial (como o plano de saúde e o relatório de gestão – para 2014, não há informação para o relatório de gestão de 37% dos Municípios).

Diante de um contexto de planejamento deficiente, as diretrizes de organização do SUS tem-se baseado em pactuações entre os gestores, fortemente restringidas pelo subfinanciamento e pela orientação federal, com tendência ao favorecimento de ações fragmentadas, que dificultam o alcance da integralidade da atenção e têm reflexos na equidade (em função das desigualdades no acesso e qualidade dos serviços). Muitos gargalos sistêmicos persistem sem solução adequada e isso reflete-se no próprio Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual (PPA), que não abordam questões essenciais para o SUS (como o subfinanciamento e os vazios assistenciais).

Na esfera do controle, o SUS tem priorizado mais a quantidade (o acesso) que a qualidade (resultados), também refletindo uma falta de orientação nesse sentido; contudo, o controle tem evoluído pelo fortalecimento das ações do TCU e da CGU, bem como pela atuação do Ministério Público. Chama a atenção a falta de estrutura do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) para executar sua missão, apesar do esforço de sua equipe, que realizou 1.245 auditorias em 2014. Diante da reconhecida fragilidade das instituições nacionais frente a atos de corrupção e do elevado volume de recursos envolvidos no funcionamento do SUS, é preocupante constatar a situação de desestruturação do SNA (ausência de carreira para auditoria e elevada proporção de aptos à aposentadoria dos que estão realizando a atividade - dos 434

servidores que realizam auditoria no País, 51% já estão aptos para a aposentadoria).

Se o Sistema Nacional de Auditoria do SUS estivesse devidamente estruturado, e atuasse em conjunto com os demais órgãos de controle, muitos dos diversos desvios seriam evitados. A quantidade insuficiente de pessoal com conhecimento de gestão de saúde em órgãos como TCU e CGU diminui a capacidade de fiscalização, devido à assimetria informacional entre órgãos de controle e os hospitais fiscalizados. Assim, é importante que esse sistema de auditoria seja fortalecido para prevenir e identificar fraudes, como as verificadas na CPI das órteses e próteses.

A avaliação de qualidade no SUS também é deficiente e, muitas vezes, conclusões favoráveis ao sistema são obtidas apenas por meio de pesquisas de opinião sobre a satisfação de usuários. Por outro lado, pesquisas de opinião na população geral tem, reiteradamente, apontado a saúde como principal problema do País.

Há carência de análises mais profundas, que utilizem indicadores de acesso, de tempos de espera para procedimentos e leitos, de oportunidade, de custos e de efetividade da atenção. O idSUS avançou na avaliação empregando indicadores, mas poderia ter maior uso nas pactuações do SUS.

O controle social tem sido dificultado pela ausência de mecanismos efetivos de responsabilidade sanitária de gestores. Por exemplo, a prestação de contas pelos gestores em audiências públicas nas Casas Legislativas de todos os níveis da federação, por meio de relatórios quadrimestrais, exigidas pela Lei Complementar 141/2012, tem ocorrido de modo irregular, inclusive no nível federal (que em três anos de vigência da Lei, apresentou tal relatório em audiência pública uma única vez).

No campo dos recursos humanos, não há uma política efetiva da parte do nível federal, apenas insuficientes ações de capacitação e de apoio a elaboração de planos de carreira por outros entes federados. Em gestões anteriores do Ministério da Saúde já se chegou ao ponto de colocar um plano de carreira para o SUS em consulta pública, mas esse caminho foi abandonado.

Contudo, o padrão de atuar apenas no apoio aos entes federados foi quebrado por meio de ação direta do nível federal. Esta ocorreu de forma fragmentada e temporária (no que se refere à fixação de profissionais no

SUS), com foco numa categoria (os médicos) e utilizando um programa de intercâmbio educacional, como forma para prover assistência médica, a qual efetivamente aumentou, beneficiando a população, mas ainda demandando adequações⁷.

Persistem indefinições quanto a uma política integrada de fixação e capacitação continuada dos profissionais no SUS (embora tenham ocorridos avanços quantitativos no que se refere ao componente de residência médica do Programa Mais Médicos). A escassez de profissionais no SUS em determinadas áreas de atuação e regiões geográficas não tem sido enfrentada com metas de longo prazo.

A inscrição de 15 mil médicos brasileiros para as quatro mil vagas do Programa Mais Médicos disponíveis em 2015 indica que os recém-graduados atendem a estímulos direcionados (que não estavam presentes quando o programa foi inicialmente lançado). O referido volume de interessados, que não foi completamente aproveitado, possibilita inovações no Programa que favoreçam a fixação desses profissionais nas regiões mais carentes de seus serviços.

Como elemento complicador para a gestão de recursos humanos no SUS, há o conflito, ainda não resolvido, entre a Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites aos gastos com pessoal, e as necessidades crescentes da atenção à saúde que, pela sua própria natureza, depende da contratação intensiva de profissionais.

Ainda com relação a recursos humanos, a recente experiência da Ebserh na contratação de recursos humanos para hospitais universitários merece ser acompanhada. Essa empresa pública recebe financiamento totalmente público, atende apenas ao SUS e emprega por meio de concursos públicos no regime da CLT. Atualmente, está reduzindo a precarização no trabalho, promovendo a reativação de leitos e auxiliando na reestruturação de serviços universitários. Estes passam a utilizar os recursos recebidos do SUS apenas para sustentar o serviço, uma vez que os custos com pessoal são cobertos pela Ebserh.

Enfim, após essa breve consideração sobre a situação do SUS, percebe-se que as falhas na implementação de um sistema, cuja a

⁷ Em recente Acórdão do TCU (605-25/15) foram identificados problemas no Programa Mais Médicos, relacionados à tutoria, redução da quantidade de médicos previamente contratados em alguns Municípios e inconsistências nos dados de produção de consultas.

concepção é elogiada em todo o mundo, têm retirado os cidadãos-usuários do foco de sua atuação, tratando-os mais como objetos que como sujeitos. Essa situação pode ser corrigida pela adoção de um conjunto de medidas de aperfeiçoamento, que priorizem e preservem a conquista social que é o SUS.

VIII – RECOMENDAÇÕES

Antes de apresentar as recomendações, cabe destacar uma importante contribuição desta Subcomissão, que ocorreu logo no início de seus trabalhos: o apoio político para a instalação da Comissão Especial da PEC 01/2015, regatando a demanda da sociedade para ampliação da participação da União no financiamento da saúde. A proposição teve a admissibilidade aprovada na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara em 16/06/15. Mas a Comissão Especial necessária para dar seguimento a sua tramitação foi constituída pela Presidência da Câmara em 17/08/15, quatro dias após a mobilização resultante da primeira audiência desta Subcomissão; a qual também alertou os atores da saúde sobre a relevância e estágio de tramitação dessa proposição.

As recomendações, em geral, destinam-se aos órgãos do Executivo e do Legislativo, responsáveis pelas decisões de governo e estão agrupadas segundo áreas temáticas. As justificativas decorrem dos problemas apresentados na seção anterior.

Desde já, salienta-se que aquelas que abordam o subfinanciamento, o fortalecimento da gestão por meio da pactuação regional e a inclusão de metas relevantes no planejamento de governo são consideradas prioritárias, pois são estruturantes para o SUS. São elas:

a) Garantia de acesso / “Asseguramento”:

- Priorizar a saúde como política pública, poupando-a de cortes orçamentários e ampliando os recursos necessários ao cumprimento de metas, ainda que com sacrifícios em outras atividades de governo, para as quais a sociedade considerar menos necessária a atuação de governo;

- Orientar o SUS para funcionar tendo os cidadãos-usuários no centro de sua atuação, acolhendo-os, preferencialmente, a partir das portas de entrada da atenção primária (principalmente a Estratégia Saúde da Família) e fortalecendo as referências para as ações e serviços de maior especialização, de modo a favorecer a universalidade, a integralidade e a equidade do sistema;

- Inserir na Constituição Federal previsão para que lei complementar disponha sobre a “responsabilidade”, as “atribuições” e as “competências” dos entes federados em relação à saúde;

De certa forma a Lei 8.080/90 tenta oferecer essas determinações, mas com respaldo constitucional questionável e também sem maiores detalhes. Importantes obrigações têm sido definidas por meio de portarias ministeriais e decretos, mas o SUS precisa de um parâmetro legal mais amplo, que atribua competência e responsabilidade aos envolvidos, ainda que essas venham a ser melhor detalhadas (e até quantificadas) nos COAPs.

- Inserir a questão do fortalecimento do SUS nos debates políticos atuais sobre a “Agenda Brasil” e sobre o Pacto Federativo;

- Promover a integração com outros tipos de políticas públicas, de modo que sejam “saudáveis” (“healthy policies”), intervindo sobre determinantes sociais da saúde e cooperando para evitar doenças e agravos à saúde – ex.: acidentes trânsito, homicídios, abuso de álcool e drogas, tabagismo, etc;

- Reduzir a dependência do SUS quanto a insumos farmacêuticos não produzidos no País, particularmente os necessários para a produção de antibióticos;

- Promover adequada relação com o setor privado, evitando que uma mercantilização (excessiva abertura ao capital estrangeiro, ampliação forçada do mercado de planos de saúde para trabalhadores, terceirizações que consumam recursos sem o devido retorno em serviços) inviabilize o SUS;

- Rejeitar a PEC 451/2015, que obriga todos os empregadores brasileiros a garantir planos de assistência à saúde aos seus empregados.

b) Gestão e Prestação de Serviços:

- Ampliar adesão dos entes federados ao COAP, favorecendo a regionalização, o detalhamento dos papéis e responsabilidades de cada ente federado e a vinculação de recursos suficientes para as pactuações previstas nesse instrumento, por meio do apoio à aprovação de matéria em tramitação na CSSF (o PL 1645/2015, do Deputado Odorico Monteiro, e seu apensado, o PL 2748/2015, do Deputado Betinho Gomes) na forma de um Substitutivo a ser sugerido ao Relator da matéria na CSSF;

O Substitutivo incorpora previsões para: 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 Fundo de Apoio ao COAP – mencionado abaixo, no item sobre “financiamento”), 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.

- Incluir no Plano Plurianual (PPA) e no Plano Nacional de Saúde (PNS) objetivos e metas que enfrentem os gargalos do SUS na área de financiamento, gestão, acesso, oportunidade (inclusive sobre tempos de espera para procedimentos e leitos), efetividade e qualidade na prestação de serviços, com foco na satisfação das necessidades de saúde dos usuários;

- Demandar a execução integral do orçamento autorizado para o Ministério da Saúde, particularmente na área de investimentos na estrutura do SUS, que tem sido afetada por cortes orçamentários;

- Ampliar a utilização do cartão SUS e do Mapa Regional de saúde, facilitando a pactuação do COAP;

- Promover a avaliação de custos dos serviços do SUS e a revisão da Tabela SUS e dos incentivos aos entes federados;

- Promover a contratualização de prestadores de serviços ao SUS, atrelada às metas do COAP, e uso da Tabela SUS corrigida para os numerosos serviços ainda não contratualizados;

- Promover a destinação mais equilibrada de recursos para os prestadores de serviços do setor filantrópico e privado, priorizando os que forneçam resposta efetiva ao SUS;

- Promover a divulgação da produção sistêmica do SUS, evitando fragmentações destinadas à promoção de programas específicos;

- Indicar ao Executivo federal, no campo dos recursos humanos: a) criar carreira para atenção básica em regiões de vazio assistencial (em período integral e com mobilidade intermunicipal, para fortalecer equipes da Estratégia Saúde da Família), b) instituir estímulo financeiro para profissionais

que superarem metas pactuadas no COAP, para valorizar a eficiência; c) criar carreira para auditores do SUS, para estruturar o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, d) aproveitar os 11 mil médicos brasileiros inscritos no Programa Mais Médicos em 2015, que não foram selecionados, por meio de vagas de trabalho não precarizadas, e) avaliar a experiência recente da Ebserh na contratação de recursos humanos na saúde;

- Apoiar a aprovação no Senado Federal da PEC 172/2012, do Deputado Mendonça Filho (que faz parte da “Agenda Brasil” e já foi aprovada nesta Casa), a qual estabelece que a lei não imporá, nem transferirá qualquer encargo ou a prestação de serviços aos Estados, Distrito Federal ou aos Municípios sem a previsão de repasses financeiros necessários ao seu custeio;

- Apoiar a aprovação do PLP 251/2005, que se encontra no Plenário desta Casa, de autoria do Sr. Roberto Gouveia, que tem por objetivo aumentar o percentual de gasto com pessoal na área de saúde para até 75% da Receita Corrente Líquida, na forma do substitutivo apresentado pelo Relator, Sr. Roberto Britto, e que foi aprovado pela Comissão Especial criada para a apreciação desse projeto.

c) Financiamento

- Ampliar a participação da União no financiamento do SUS, por meio do apoio à aprovação da PEC 01/2015, como demandado pela sociedade, sem a inclusão de percentuais para determinados níveis de complexidade de serviços (para manter a coerência do apoio à pactuação regional, flexibilizada segundo necessidades locais);

Essa é considerada a maior prioridade desta Subcomissão. A vinculação de percentual de Receita Corrente Líquida (RCL) com gastos de saúde possui vantagens em relação à definição de contribuições com finalidade exclusiva para a saúde, pois, independente de qual seja a nova receita, uma parcela dela deverá ser destinada à saúde, o que não abrange somente as receitas tributárias e de contribuições, mas quaisquer outras receitas correntes que a União possa arrecadar. Entre elas, destaca-se a receita da exploração do patrimônio da União (receitas de concessões e permissões, dividendos recebidos de suas estatais, aluguéis e taxas de ocupação de imóveis, royalties, entre outras). Assim, essa é uma forma de manter perene a destinação de recursos para ações governamentais na área de saúde, de maneira

independente de como sistema tributário nacional se estruturar e de como a União arrecadará suas receitas.

- Criar um Fundo de Apoio ao COAP, para destinar recursos adicionais voltados para: a) compensação para Municípios que executarem ações e serviços públicos de saúde para residentes em outros Municípios, 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;

A criação desse fundo pode constituir um mecanismo assecuratório para evitar que entes federativos fiquem com prejuízo em decorrência das demandas judiciais que determinem a prestação de serviços de saúde, em casos específicos, além das outras situações citadas. Assim, seriam necessários estudos para definir qual a fonte de receita desse fundo e quais os critérios para compensação do uso de seus recursos.

- Garantir que novas receitas não sejam excluídas do conceito de Receita Corrente Líquida;

Face à crise financeira, que atinge em especial a União, há a proposta da União de recriar a Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF). Entretanto, a PEC da CPMF, encaminhada pelo Executivo prevê que essa contribuição – que naturalmente ampliaria a receita corrente líquida da União – não seja computada para fins de RCL, portanto, em sendo aprovada na forma original, os percentuais para cálculo do piso da saúde não serão majorados pela arrecadação da nova CPMF. Assim, é fundamental que os novos tributos devam ser contabilizados dentro da Receita Corrente Líquida, considerando o conceito já definido na LRF.

- Ampliar ressarcimento do setor privado ao SUS, não apenas para serviços financiados pelo nível federal, com destinação de recursos para as gestões dos locais que executarem os procedimentos, segundo pactuação do COAP;

- Promover o debate sobre a auditoria e renegociação da dívida brasileira e, também, sobre novas fontes de recursos;

A proposta de auditoria sobre os pagamentos de juros da dívida foi mencionada em audiência na CSSF, como uma forma

de liberar recursos para as demais ações governamentais. Isso ocorre porque, após a verificação dos valores corretos a serem pagos como juros, seriam anuladas as despesas indevidas para pagamento dos juros, o que abre espaço para novas despesas com a saúde.

- Rejeitar, preferencialmente, ou atenuar os efeitos da PEC 87/2015, do Executivo federal, que prorroga a vigência da Desvinculação de Receitas da União (DRU) até 31 de dezembro de 2023, e aumenta o percentual de desvinculação de 20 para 30%, pois a redução da receita que foi criada para atender as necessidades da Seguridade Social (que inclui a saúde) interfere nos recursos disponíveis para o setor;

- Promover maior transparência do orçamento da Seguridade Social;

- Solicitar ao Executivo federal informações sobre o uso dos recursos do DPVAT na saúde e sobre a aplicação de recursos do BNDES no setor público da saúde.

d) Atuação na judicialização da saúde

- Apoiar e divulgar iniciativas do Conselho Nacional de Justiça, objetivando promover a interação de atores da saúde, do Judiciário e da sociedade civil na busca por soluções não judiciais para demandas relacionadas ao SUS;

- Integrar representantes do Ministério Público nas pactuações do COAP, para que identifiquem os responsáveis pelos serviços pactuados, segundo seus níveis de complexidade;

- Apoiar pedido de providências da Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais, quanto a uma ação em Sergipe, na qual a União recusa-se a responsabilizar-se solidariamente com o Estado em demanda de um usuário do SUS;

- Demandar ao Ministério da Saúde e à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) que efetuem revisões periódicas e oportunas dos protocolos clínicos e terapêuticos do SUS.

e) Atuação legislativa:

- Apoiar a tramitação do Projeto de Resolução do Congresso Nacional (PRN) 08/2015, do Deputado Betinho Gomes, que dispõe sobre a realização de audiências públicas periódicas no Congresso Nacional, para apresentação de relatório detalhado quadrimestral, pelo Ministro da Saúde, estabelecendo os ritos que permitirão o cumprimento regular do disposto no art.36, da Lei Complementar 141/2012;

- Sugerir à CSSF que divulgue periodicamente a situação de saúde e da execução orçamentária federal no setor, a partir dos dados dos relatórios quadrimestrais a serem apresentados pelo Ministro da Saúde no Congresso Nacional;

- Sugerir à CSSF que divulgue periodicamente a situação de tramitação na Câmara dos Deputados de proposições legislativas estruturantes para o SUS;

- as proposições legislativas sugeridas pela Subcomissão estão no **apêndice B**.

Este é o Relatório que nos cabia elaborar.

Sala da Comissão, em 30 de setembro de 2015.

Deputado PAULO FOLETTO

RELATOR

APÊNDICES

A) Conteúdos de áreas temáticas, utilizadas para organizar as audiências públicas.

G1- Garantia de acesso / asseguramento (modelo de sistema, com foco nos impactos para o usuário)

a) O que tem funcionado no modelo do SUS? (ações existentes, indicadores de produção e de situação de saúde, participação social).

b) Que gargalos o modelo atual não tem superado? (deficiente atenção básica, urgência e emergência, acesso à média e alta complexidade, referências entre os níveis de atenção).

c) Quais os desafios ao modelo atual colocados pelas transições epidemiológica, demográfica e tecnológica? (envelhecimento da população, urbanização, doenças crônicas-degenerativas, acidentes e violências, incorporação tecnológica, pesquisa e informação em saúde, experiência internacional).

d) Propostas para aperfeiçoar o modelo do SUS (subsídios para o Plano Plurianual – PPA - e Conferência Nacional de Saúde, necessidades legislativas).

G2- Gestão

a) Desafios para a gestão administrativa do SUS nos três níveis da federação (capacidade administrativa, normatizações, judicialização, responsabilidade sanitária, aquisição de insumos, relação com o setor privado).

b) Experiências com contratos e pactuações entre entes federados (nível nacional, estadual, regional, omissões na legislação).

c) Controle dos recursos do SUS (sistemas de controle do SUS – internos e externos -, efeitos da corrupção no setor).

d) Planejamento e avaliação no SUS (plano e relatório de gestão, audiências nas Casas Legislativas, PPA, participação social, monitoramento da situação de saúde).

G3) Prestação de serviços

a) Acesso e qualidade dos serviços do SUS (indicadores de: acesso, qualidade, oportunidade, eficiência, efetividade e equidade dos serviços).

b) Recursos humanos para o SUS (para além dos médicos – formação e capacitação, custos, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, competição do setor privado. vazios assistenciais).

c) Prestação de serviços na rede própria do SUS e na contratada (infraestrutura – prédios, equipamentos e informatização, manutenção da rede própria do SUS e da contratada).

G4) Financiamento

a) Como o SUS tem usado os recursos disponíveis e em que setores são mais escassos? (financiamento e execução orçamentária nos três níveis da federação, equidade e eficiência, gastos públicos e privados, consequências do subfinanciamento, comparação com a experiência de sistemas universais de saúde, efeitos da EC 86/15 e da DRU).

b) Mais recursos para quê? O que se pode alcançar com maior financiamento em diferentes modelos de saúde? (necessidades de gastos para implementar o SUS constitucional).

c) Fontes de financiamento do SUS (fontes atuais, histórico da CPMF, novas propostas e seus impactos orçamentários).

B) Proposições legislativas.

I) PEC para que as emendas parlamentares não sejam computadas para fins do piso mínimo para aplicação em saúde pela União;

II) PEC para que lei complementar disponha sobre a responsabilidade, as atribuições e as competências dos entes federados em relação à saúde;

III) Substitutivo aos PL nº 1.645, de 2015 e 2.748, de 2015, a ser sugerido ao Relator da matéria na CSSF, para instituir em lei o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e o Fundo de Apoio ao COAP (FCOAP).

I) PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº _____, DE 2015

(Do(a) Sr(a). _____ e Outros)

Altera o § 10 ao art. 166 da Constituição Federal, para que as emendas parlamentares não sejam computadas para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte emenda ao texto constitucional:

Art. 1º. O § 10 do art. 166 da Constituição Federal passa a vigorar, com a seguinte redação:

“Art. 166.

.....
§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, não será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais.”

Art. 2º. Esta Emenda Constitucional entra em vigor no primeiro dia do exercício financeiro seguinte ao da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Esta Proposta de Emenda à Constituição (PEC) tem como objetivo retirar as emendas parlamentares do cômputo do percentual mínimo de aplicação dos recursos em cada exercício financeiro por parte da União.

Primeiramente, os estudos realizados nas Subcomissões para Financiamento do SUS, no âmbito do movimento “Saúde + 10” estimaram

que, durante a vigência da aplicação mínima estabelecida na Emenda Constitucional nº 29/2000, o percentual médio de aplicação dos recursos da União nas ações de saúde equivaleria a 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL).

Com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015, ficou estabelecido que a União deveria aplicar, no mínimo, 15% de sua RCL com ações e serviços de saúde. Isso representa, de fato, uma diminuição drástica no mínimo a ser aplicado pela União, sobretudo porque, conforme o art. 2º da EC nº 86/2015, esse percentual somente será aplicado a partir do quinto ano da sua aprovação, ou seja, só em 2020.

Além disso, a redação atual dos §§ 9º e 10 do art. 166 estabelecem que metade do valor total das emendas deva ser destinada às ações e serviços de saúde, e, além disso, que esse percentual será contado para o percentual mínimo estabelecido na EC nº 86/2015.

Por conta dessa situação, o Poder Executivo diminui a aplicação mínima dos seus recursos destinados às ações de saúde para 14,4% RCL, contando com o percentual das emendas parlamentares, que representam os 0,6% restantes.

Dessa forma, esta PEC promove uma correção para que os créditos orçamentários das emendas parlamentares não sejam contados para fins dessa aplicação mínima, de forma que eles de fato representem um acréscimo das aplicações com ações de saúde.

São estas as razões pelas quais contamos com o apoio dos ilustres pares para a aprovação da presente Proposta de Emenda à Constituição.

Sala das Sessões, em de de 2015

Deputado(a)

II) PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº _____, DE 2015

(Do(a) Sr(a). _____ e Outros)

Inserir um parágrafo único no art. 197 da Constituição Federal, para que lei complementar disponha sobre a responsabilidade, as atribuições e as competências dos entes federados em relação à saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte emenda ao texto constitucional:

Art. 1º O art. 197 da Constituição passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 197

Parágrafo único. Lei complementar disporá sobre a responsabilidade, as atribuições e as competências dos entes federados em relação à saúde.”

Art. 2º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Essa proposição é apresentada por sugestão da Subcomissão Especial (da Comissão de Seguridade Social e Família) destinada a tratar da reestruturação da organização, funcionamento e financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

A referida Subcomissão considerou que, de certa forma, a Lei 8.080/90 tenta oferecer determinações sobre a “responsabilidade”, as

“atribuições” e as “competências” dos entes federados em relação à saúde, contudo, com respaldo constitucional questionável e também sem maiores detalhes.

Observou que importantes obrigações têm sido definidas por meio de portarias ministeriais e decretos, mas que o SUS precisa de um parâmetro legal mais amplo, que atribua competência e responsabilidade aos entes federados envolvidos, ainda que essas venham a ser mais bem detalhadas (e até quantificadas) em instrumentos tratados pela legislação infraconstitucional, como os Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP).

Assim, foi recomendada a previsão para que lei complementar disponha sobre essa questão.

Diante da relevância dessa matéria, solicito o apoio dos nobres Pares para aprovar essa proposição na Câmara dos Deputados.

Sala das Sessões, em de de 2015.

Deputado(a)

III) SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 1.645, DE 2015

(apenso o Projeto de Lei n.º 2.748, de 2015)

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.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei 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 apoio e na execução de ações e serviços de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS e institui o Fundo de Apoio ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – FCOAP.

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-C. Fica instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – 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.

Art. 14-D. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde 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.

Art. 14-E. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde 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.

§1º O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde 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.

§2º 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.

§3º São signatários do contrato organizativo da ação pública de saúde os entes municipais que compõem uma região de saúde, constituída sob a forma do disposto em decreto estadual, o Estado e a União.

§4º O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde será renovado a cada quatro anos, seguindo a mesma periodicidade do Plano Plurianual.

§5º O debate prévio à celebração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde contará com a participação de representantes do Ministério Público e de órgãos de controle.

Art. 14-F O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e

regionais, segundo níveis de complexidade dos serviços de saúde e o tamanho da população a ser atendida;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - 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;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

VI - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

VII - sanções administrativas a serem aplicadas aos entes signatários em caso de descumprimento total ou parcial das cláusulas do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde;

Art. 14-G As infrações às determinações dos arts. 14-C, 14-D, 14-E, 14-F e do § 7º, do art. 35 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.”

Art. 3º O art. 16, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único para § 1º:

“Art. 16.

§ 2º A União poderá executar ações e serviços de saúde supletivamente, em cooperação com Estados e Municípios.”

Art. 4º Fica instituído o Fundo de Apoio ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – FCOAP, de natureza contábil, constituído para destinar recursos voltados para a execução das ações e serviços públicos de saúde, pactuados por pessoas jurídicas de Direito Público, que integrem o Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. O acordo de colaboração entre os entes federativos para aplicação dos recursos do FCOAP será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, instituído pelo art. 14-C, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º Constituirão recursos do FCOAP:

- I – dotações orçamentárias da União;
- II - doações, nos termos da legislação vigente;
- III - legados;
- IV - subvenções e auxílios de entidades de qualquer natureza, inclusive de organismos internacionais;
- V – rendimentos de qualquer natureza, que o Fundo venha a auferir como remuneração decorrente de aplicações do seu patrimônio;
- VI – outros, destinados por lei.

Art. 6º As ações e serviços públicos de saúde financiadas pelo FCOAP terão as diretrizes aprovadas pelos Conselhos de Saúde do Sistema Único de Saúde, dos três níveis da federação, e planejadas pelas Comissões Intergestores de nível nacional, estadual e regional.

Art. 7º Os recursos do FCOAP serão obrigatoriamente aplicados nas seguintes atividades:

- I – compensação para Municípios que executarem ações e serviços públicos de saúde para residentes em outros Municípios;
- II - atendimento de ações judiciais que demandem ações e serviços públicos de saúde não previstos no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde;
- III – contratação de profissionais da saúde para atuar na atenção básica, em região de vazio assistencial, identificada em Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde;

Art. 8º É vedado o uso dos recursos do FCOAP para:

I - serviços da dívida; e

II - quaisquer outras despesas correntes não vinculadas às ações de saúde no âmbito do SUS e não pactuada por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 - que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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 – criou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que consiste em um acordo de colaboração firmado 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, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

O objeto do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Ocorre que, desde que foi estabelecido esse instrumento, a adesão ao COAP é muito pequena por parte dos Estados e dos Municípios, que consideram que a adesão ao COAP reduziria a sua autonomia em relação ao planejamento das suas ações de saúde.

A Subcomissão Especial destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, concluiu pela necessidade de se oferecer incentivos

financeiros aos entes federativos que celebram o COAP, para estimular a adesão dos entes federados.

Dessa forma, o Substitutivo proposto aproveita e modifica dispositivos dos PL 1.645/2015 e 2.748/2015, insere a criação do Fundo de Apoio ao Contrato Organizativo das Ação Pública da Saúde – FCOAP, de maneira a oferecer 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.

Dessa forma, esperamos contar com o apoio dos nobres parlamentares a fim de ver aprovada a presente proposição.

Sala das Sessões, em de de 2015

Deputada (o)

2015