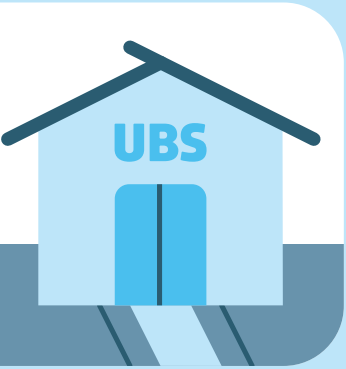
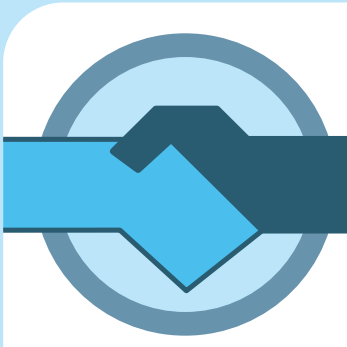
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

DOCUMENTO POLÍTICO E TÉCNICO PARA DIÁLOGO COM OS CANDIDATOS NAS ELEIÇÕES EM 2018





CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

DOCUMENTO POLÍTICO E TÉCNICO PARA DIÁLOGO COM OS CANDIDATOS NAS ELEIÇÕES EM 2018

CONASEMS

1 MODELO DE ATENÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A ausência de governança da Rede de Atenção à Saúde - RAS reflete o desequilíbrio na relação interfederativa e dificulta a garantia da integralidade na atenção. Ainda há uma grande disputa entre o sistema e as corporações e o setor privado sobre o modelo de atenção e gestão, o que dificulta o cumprimento das responsabilidades constitucionais na saúde.

2 GOVERNANÇA E REGIONALIZAÇÃO

A efetiva regionalização dos serviços de saúde, e a necessária adequação de sua governança que considere o papel dos entes da federação e o aprimoramento dos espaços de gestão regional são os desafios na construção da saúde.

3 TRABALHADORES DO SUS

Grande parte do trabalho em saúde é de relação humana e em todos os espaços necessita quantidade, disponibilidade e qualificação específica. Para o cumprimento das responsabilidades constitucionais em saúde com qualidade e garantia de acesso o limite da LC 101/2002 é um desafio a ser enfrentado.

4 JUDICIALIZAÇÃO

A discussão do acesso justo e equitativo à saúde não pode ser feita descolada da premissa de que o Sistema Único de Saúde tem recursos finitos.

5 FINANCIAMENTO

O subfinanciamento do SUS com a retração do financiamento Federal, acrescido de um orçamento fragmentado, gera a falta de recursos para ações necessárias no âmbito local e acúmulo de recursos destinados especificamente para ações menos importantes neste âmbito.

6 PACTO FEDERATIVO

Quem executa deve ter a prerrogativa de aporte de recursos tributários suficientes. Atribuições municipais frente às responsabilidades constitucionais da saúde e a estrutura tributária vigentes necessitam ser revistas.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

DIÁLOGO COM OS CANDIDATOS NAS ELEIÇÕES EM 2018

I - introdução

Este documento está elaborado de forma a apresentar as proposições técnicas e políticas para um diálogo entre a representação municipal[1] da área da saúde pública com os candidatos à presidência da república nas eleições de 2018. Está organizado de forma a facilitar a leitura inicial das principais proposições e sugestões, uma análise situacional e estratégica, base para os diálogos iniciais.

O CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

O movimento da reforma sanitária brasileira, durante o processo de redemocratização do País, participou em 1986 da VIII Conferência Nacional de Saúde e viu suas teses debatidas e aprovadas. Estas teses subsidiaram a construção dos direitos e garantias disciplinados para área da saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Desde seu início, o movimento dos secretários municipais de saúde viu sua participação aumentar gradativamente, fazendo surgir uma organização mais fortalecida, ampliando a participação dos municípios na formulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste contexto, constitui-se o CONASEMS no ano de 1988. Em 2011 a Lei 12.466 alterou a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/902 , e estabelecendo legalmente tal representação, já delineada na Lei 8142/903 .

Assim, CONASEMS e SUS nascem conjuntamente e ambos completam trinta anos de criação no ano de 2018, entretanto outras coincidências se registram. O CONASEMS tem sua história estreitamente ligada à criação, implementação, fortalecimento e defesa deste sistema, considerado uma das políticas de maior inclusão social do mundo. Nos momentos que antecederam a conquista do SUS e nos anos iniciais de sua construção, foi no espaço municipalista que muitas das políticas de atenção à saúde foram e ainda são formuladas e experimentadas de forma criativa, sempre considerando as necessidades e potencialidades locais.

É no município que vivem as pessoas, portanto, cumpre a este exercer o papel essencial na garantia e efetivação de muitos direitos, entre eles o direito à saúde. Essa proximidade com os cidadãos permite evidenciar necessidades e especificidades locais, o que torna os gestores municipais do SUS os principais responsáveis pela concretização da produção do cuidado, tanto nos serviços de média e alta complexidade como especialmente na atenção básica, bem como no processo de articulação da integralidade da atenção à saúde de seus munícipes, o que é fundamental para a universalização desse direito.

Contudo, a gestão tripartite do SUS, partilhada pelas esferas federal, estadual e municipal, como uma das primeiras expressões do federalismo norteado pela Constituição de 1988, exige capacidade de diálogo e de escuta qualificada, para que a autonomia de cada um dos entes seja respeitada. Vale ressaltar que a construção coletiva deste sistema envolve o gestor Federal, 27 gestores estaduais

e 5.568 gestores municipais, e é papel fundamental do CONASEMS, representar o coletivo de secretarias municipais de saúde, nesta relação coordenada entre os entes. Este órgão colegiado congrega os 26 Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS e as 5.568 Secretarias Municipais de Saúde e seus respectivos Secretários para atuarem em prol da melhoria da saúde da população, da construção de um acesso universal e igualitário às ações e serviços público de saúde, promovendo ações conjuntas integradas e intersetoriais.

A representação dos gestores municipais mencionada refere-se à participação nos espaços de discussão, pactuação e deliberação do SUS, tais como as Comissões Intergestores Bipartite - CIB nos estados, a Tripartite - CIT no âmbito federal e os Conselhos de Saúde Estaduais - CSE e Nacional - CNS, entre outros foros.

Na história da democratização da saúde, que se estende até os dias de hoje, o Conasems segue em defesa do SUS, de seus princípios e diretrizes, bem como na luta pelo financiamento adequado e suficiente, e a permanente qualificação da gestão e dos gestores. Vale destacar que mesmo sujeito ao subfinanciamento histórico, o SUS produz anualmente quatro bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas, 11 milhões de internações, 19 milhões de procedimentos oncológicos, 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia e movimenta 98% do mercado de vacinas brasileiro (Fonte – Ministério da Saúde/2014). Considera-se como prioridade do SUS e dos municípios a regionalização e a organização da Rede de Atenção à Saúde - RAS, que dialogue com as diversidades loco regionais, bem como com a situação de vulnerabilidade de algumas populações, pois isso impacta significativamente na capacidade de resposta do sistema às necessidades de saúde em cada município.

A história do CONASEMS sempre esteve relacionada às políticas de saúde, independente de matiz partidária, o que garante a participação de todas as orientações políticas que se somam ao SUS para atender ao desafio de garantir o direito à saúde aos mais de 200 milhões de brasileiros, conforme garantido na Constituição Federal, considerando as dimensões continentais do País, bem como a diversidade existente, atendendo com qualidade todos os cidadãos, independente de gênero, raça, cor, etnia, religião, classe social ou procedência. No esforço de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros é que o CONASEMS apresenta, neste documento, suas principais pautas e defesas que considera como pontos essenciais e que merecem especial atenção diante do cenário atual.

II - propostas resumidas

1 - MODELO DE ATENÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAUDE

A ausência de governança da Rede de Atenção à Saúde - RAS reflete o desequilíbrio na relação interfederativa e dificulta a garantia da integralidade na atenção.

Ainda há uma grande disputa entre o sistema e as corporações e o setor privado sobre o modelo de atenção e gestão, o que dificulta o cumprimento das responsabilidades constitucionais na saúde.

- Modelo de atenção à saúde que elimine a verticalidade dos programas ministeriais e estaduais, fortalecendo a integralidade e ponderabilidade destes programas em relação aos condicionantes e determinantes loco regionais. Organizar o sistema de saúde, com foco nas ações e serviços em conformidade com as necessidades das pessoas e territórios.

- Aportar financiamento compatível para garantir os investimentos e recursos necessários à implementação da regulação da integralidade.

- Implantar a regulação com a participação da Atenção Básica e referência que considere a residência do usuário e o seu deslocamento.

- Atualização da política nacional de assistência hospitalar, considerando as necessidades regionais, e a logística disponível.

- Examinar a política nacional de urgência e emergência, com regulação não territorial.

- Fortalecer o enfrentamento dos agravo, como sífilis, malária, dengue e outras arboviroses, a violência, ampliando e apoiando ações intersetoriais.

- Desenvolver e organizar a Rede de Atenção à Saúde - RAS para responder as necessidades de saúde da população, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

- Aprimorar o modelo de gestão e de atenção no SUS para enfrentar as limitações do gasto com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF.

- Modernização do arcabouço jurídico, no que se refere à Administração Pública, que atualmente não se adequa à complexidade da implementação das Políticas Públicas.

- Repactuar uma política de assistência farmacêutica que reflita as condições atuais do pacto federativo.

- Desburocratizar o processo descentralizando-o, considerando o Pacto Federativo nas responsabilidades pelo investimento e custeio.

- Regulamentar e incorporar formas de dar visibilidade às produções do SUS fora dos padrões de registro, como os consórcios e outras estruturas administrativas.

- Cumprir normativa para o fortalecimento do papel das instâncias gestoras do SUS, considerando suas atribuições. Considerar a formalização das regiões que contemplem municípios de mais de um Estado, com menos entraves políticos administrativos.

2 - GOVERNANÇA E REGIONALIZAÇÃO

A efetiva regionalização dos serviços de saúde, e o necessário aumento de capacidade de sua governança que considere o papel dos entes da federação e o aprimoramento dos espaços de gestão regional são os desafios na construção da saúde.

- Fortalecer o apoio institucional como uma política de saúde com atribuições específicas para cada ente, visando qualificar o processo de regionalização e planejamento ascendente.

- Rever o tratamento fora do domicílio - TFD, considerando os custos reais desta logística, em especial o da Região Amazônica.

- Implantar a estratégia da revisão da regionalização a partir dos critérios estabelecidos na resolução CIT 37. Regionalização Amazônica com a logística própria para a região considerando as especifidades regionais como o caso da Amazônia e do sertão nordestino.

- Institucionalizar um Plano Diretor de Investimento - PDI que reflita as condições atuais do pacto federativo.

- Repactuar uma política de assistência farmacêutica que reflita as condições atuais do pacto federativo.

- Implantar um sistema de informação e planejamento que expresse a região de saúde em tempo suficiente para a elaboração do processo de planejamento ascendente dos estados - módulo gestão regional do DigiSUS (estratégia e-Saúde) para planejamento.

- Adequar o processo de monitoramento regional da Rede de Atenção a fim de expressar a direcionalidade política institucional, garantindo transparência plena.

- Priorizar o processo de regionalização na organização do sistema de saúde integral e desfragmentado.

- Fortalecer a participação da comunidade no processo de regionalização.

- Estabelecer um processo de governança regional que expresse a dimensão não corporativa e autonomia dos entes no SUS.

3 - TRABALHADORES DO SUS

Grande parte do trabalho em saúde é de relação humana e em todos os espaços necessita quantidade, disponibilidade e qualificação específica.

Para o cumprimento das responsabilidades constitucionais em saúde com qualidade e garantia de acesso, o limite da LC 101/2002 é um desafio a ser enfrentado.

- Atualizar a Política Nacional de Educação Permanente.
- Pesquisar formas/programas para provimento de outras categorias de profissionais para as ações regionalizadas à semelhança do Programa Mais Médicos.
- Adequar a LC 101/2002 - LRF quanto ao trabalho na saúde, evitando a precarização dos vínculos empregatícios que inviabiliza a formação de uma inteligência para o SUS.
- Ampliar o Programa Mais Médicos – PMM, inclusive para municípios ainda não aderidos, alcançando outras estruturas organizacionais como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF, Unidade de Pronto Atendimento – UPA e outras.
- Adequar normativas sobre o financiamento da Atenção Básica quando da ausência de profissionais do PMM, evitando o descredenciamento das equipes enquanto aguardam a reposição destes médicos.
- Cumprir o estabelecido na Lei 12.871/2013 do PMM sobre o eixo de formação dos profissionais de saúde, com a ampliação de vagas para a graduação e a universalização da residência médica.

4 - JUDICIALIZAÇÃO

A discussão do acesso justo e equitativo à saúde não pode ser feita descolada da premissa de que o Sistema Único de Saúde tem recursos finitos.

- Fortalecer a regulação da introdução de novas tecnologias no SUS, destacando a importância da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), cuja criação pela Lei 12.401/11 é uma das grandes conquistas do SUS e resultado amadurecimento da discussão da judicialização da saúde.

- Atuar junto ao Poder Legislativo a fim de que seja elaborada uma legislação destinada a regulamentar, com mais precisão, o fornecimento de medicamentos, produtos e procedimentos no SUS, para que estes atendam aos princípios do SUS, e garanta a segurança do paciente, evitando a desorganização da gestão do sistema ocasionada pela Judicialização.

- Estimular as iniciativas que aproximem os atores dos sistemas de saúde e de justiça, que priorizem a solução extrajudicial dos conflitos, reforçando o setor saúde como protagonista na garantia do acesso a ações e serviços públicos de saúde, e ainda minimizando o processo de criminalização da gestão neste caso.

- Envidar esforços para que o Poder Judiciário amplie Varas Especializadas em Saúde, bem como os Núcleos de Apoio Técnico (NATs) especializados em saúde produtores de informação técnica que orientam magistrados e demais atores do sistema de justiça.

5 - FINANCIAMENTO

O subfinanciamento do SUS com a retração do financiamento Federal, acrescido de um orçamento fragmentado, gera a falta de recursos para ações necessárias no âmbito local.

- Criar e regulamentar novas fontes de recursos específicos para saúde, com caráter progressivo (quem mais dispõe de recursos deve pagar mais). Novas fontes poderiam envolver: revisão da tributação sobre heranças (Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação - ITCMD), além da regulamentação da taxação sobre grandes fortunas, lucros e dividendos destinados à Seguridade Social.

- Rever a Política de renuncia fiscal visando à ampliação do financiamento da saúde.

- Desenvolver e aprovar a metodologia para os critérios de rateio como expresso na LC 141/2012.

- Revogar a Emenda Constitucional 95/2016.

- Dar nova regulamentação ao financiamento do SUS, considerando o seu modelo de atenção, gestão e governança.

- Ampliar o financiamento para pequenos municípios na Atenção Básica.

- Estabelecer normativas que considerem como componente do montante de recursos de investimento mínimo em saúde apenas o efetivamente pago, desconsiderando os restos a pagar.

- Estabelecer uma Política Nacional de Gestão de Custos em Saúde no SUS, considerando a diversidade regional e a participação dos três entes da Federação.

6 - PACTO FEDERATIVO

Quem executa deve ter a prerrogativa de aporte de recursos tributários suficientes.

Atribuições municipais frente às responsabilidades constitucionais da saúde e a estrutura tributária vigentes necessitam ser revistas.

- Rever o Pacto Federativo considerando as atribuições dos entes frente ao SUS e os tributos arrecadados, estabelecendo uma reforma fiscal justa.

- Cumprir o pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do sistema que necessariamente, envolve aspectos técnicos, tributários, culturais.

- Redefinir a estrutura e atribuições da gestão.

III - discussão técnica

1

MODELO DE ATENÇÃO E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Modelo de Atenção

Quando atualmente se fala em modelo de atenção, tem-se como consenso no SUS, o sentido de atenção à saúde como a expressão das ações assistenciais somadas às ações e serviços de proteção e promoção. Um modelo de atenção espera-se ser capaz de organizar a estrutura e funcionamento de todo o sistema de saúde, em especial a sua atividade fim.

> *Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas*[4]*. (Paim, 2008).*

No Brasil, embora tenhamos leis e regulamentos que norteiam a construção de um modelo de atenção, convivemos com diversos modelos oriundos de nossa experiência e disputas. Estes diferentes modelos[5] , ainda anacronicamente vigentes, expressam diferentes resultados na história da saúde brasileira. Colaboram para isto, a enorme diversidade e dimensões territoriais e institucionais de nosso País, onde este ou aquele modelo estão instituídos pelo acúmulo cultural, acadêmica e experiência profissional local. Na maior parte destes territórios ou instituições, a discussão e crítica sobre o modelo vigente ou não estão pautadas, ou enfrentam interesses econômicos e corporativos, muitas vezes enraizados culturalmente e de difícil mudança.

As discussões sobre a necessidade de mudanças do modelo assistencial ganharam força no final dos anos de 1970 com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A crítica ao modelo de saúde dominante à época no Brasil, altamente centralizado, fragmentado e restrito às ações curativas apontava a necessidade de profundas transformações. De uma maneira simplificada, segue abaixo um resumo dos mais importantes modelos vigentes e em disputa atualmente no País, extraído do texto do Jairnilson.

MODELO	CARACTERÍSTICAS
MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA	Centrado na clínica, na demanda espontânea e na atenção médica individual, ênfase nas especialidades. Modelo defendido pela maioria das escolas médicas e organizações médicas brasileiras.
MÉDICO HEGEMÔNICO	Hospitalocêntrico, desconsidera os determinantes sociais na saúde/doença. Saúde como bem de consumo vendido pelos serviços.
SANITARISTA	Foco nos modos de transmissão e fatores de risco coletivos. Traços autoritários e de organização vertical.
CAMPANHAS SANITÁRIAS	Não contempla a integralidade da atenção, centralista.
PROGRAMAS ESPECIAIS	Fundamentos de planejamento e programação, com verticalidade tutelante e prescritiva
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ou "MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA"	Estratégia tida como organização do sistema, com bases na territorialização e nos atributos da atenção primária em saúde, expressa na política nacional de atenção básica. Tem como fundamento a integralidade em suas diversas dimensões e o trabalho em equipe multiprofissional desenvolvido com interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Este é o modelo preconizado pelo SUS, em suas normativas.

O resumo acima já identifica as dificuldades por suas características, não sendo objeto aqui de aprofundamento conceitual ou maior análise, senão como um momento para reafirmação da necessidade de mudança dos modelos vigentes em direção ao modelo organizado a partir da Atenção Básica.

São incontáveis as publicações científicas[6, 7] que demonstram a maior qualidade da Estratégia de Saúde da Família e sua capacidade de mudar não só a saúde individual como a coletiva, enfrentando os problemasa partir do equacionamento de necessidades, com promoção e proteção e com participação da comunidade. O SUS preconiza a integralidade do cuidado, garantia do acesso, regionalização e descentralização dos serviços, resolutivo e voltado às necessidades das pessoas.

Portanto, para mudar a lógica do modelo hegemônico faz-se necessário promover mudanças também nos lócus de prestação do cuidado, buscando intervir nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais. Nesse sentido, a organização da rede básica de saúde representa a melhor solução.

Modelo de gestão e relação público-privado

O aprimoramento do modelo de gestão para o SUS, que considera soluções para a sua qualificação e o cumprimento de suas responsabilidades constitucionais são vitais para a sua missão. Entre estas questões ainda não suficientemente regulamentadas estão as fundações públicas, os consórcios e outros modelos, que hoje compõem o arcabouço administrativo dos serviços do SUS e ainda não são considerados, gerando o que conhecemos como o SUS INVISÍVEL. É dramático que após o Sistema completar trinta anos, ainda não se tenha equacionado questões, como, por exemplo, a não contabilização da produção dos consórcios municipais de saúde como produção do SUS.

Enfim, qual o papel do setor privado nesta composição? Como aprimorar a relação atual entre a saúde suplementar e o SUS? Qual a organização necessária da saúde suplementar em relação ao acesso no SUS, considerando a ausência de definição da atenção primária em sua organização, diferentemente do que acontece nos demais países? São questões que necessitam ser pautadas no espectro político nacional para o aprimoramento do modelo e do próprio sistema. Em qualquer comparação que se faça entre o SUS e outros sistemas universais de saúde[8] observa-se um financiamento insuficiente no caso brasileiro, em geral, menos da metade do executado nestes países. Diferentemente do que ocorre no Brasil, estes ainda determinam limites na integralidade.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, a definição de SUS, está relacionado a organização dos serviços.

> **Art. 198.** *As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*
> **I -** *Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
> **II -** *Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
> **III -** *Participação da comunidade (grifo nosso).*

A Portaria 4279/2010[9] expressa um acúmulo de discussão sobre esta Rede de Atenção a Saúde – RAS. Define a RAS como:

> *A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria 4279/2010).*

Assim, pode-se afirmar que a busca da integralidade visa qualificar o cuidado em saúde a partir da Atenção Básica. É a base para que à esta atenção seja completada naquilo em que não é próprio deste nível de atenção.

O SUS acumula um histórico de tentativas de organização desta rede, e enfrenta dificuldades para isto, vinculadas ao processo de regionalização governança, modelo de atenção atribuições dos entes e financiamento das ações regionais.

Na perspectiva do financiamento regional da RAS apresenta-se como uma das grandes dificuldades deste processo. O Ministério da Saúde historicamente financia o sistema por incentivos e não pelo custo real que se expressa segundo as peculiaridades das diferentes regiões do país. Isto significa que o município que comporta serviços regionais como referência para a RAS não recebe os recursos para o pleno funcionamento destes serviços de referência na região de saúde. Desta forma, acaba por aplicar recursos próprios para viabilizar os atendimentos, numa evidente inconstitucionalidade na medida em que utiliza recursos de impostos municipais para atender pacientes de outros municípios.

Entretanto, em vários estados, o conjunto de gestores municipais e estaduais têm organizado uma RAS, ainda que com insuficiências, mas próxima de

sua missão de garantir o cuidado pleno. Outros ainda carecem de mudanças culturais e institucionais para a sua organização. Em todos os casos, a insuficiência de custeio é muito grave.

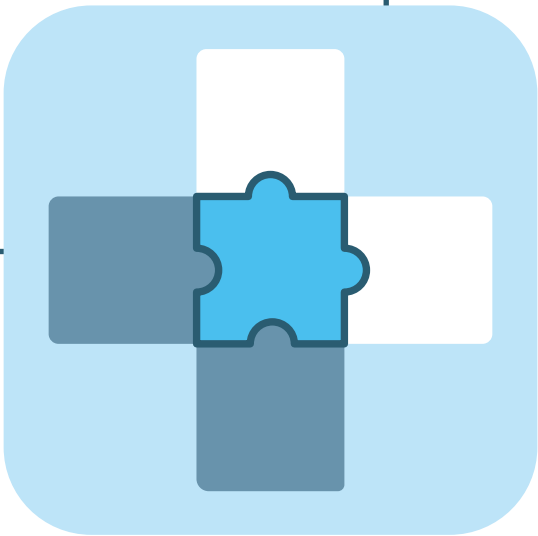
Cabe à representação municipal questionar os órgãos de controle externo sobre qual a atitude para coibir o não cumprimento por parte de alguns estados do mínimo constitucional, que se responsabiliza pelo financiamento equitativo regional, ou se esta cobrança vai continuar a ser feita exclusivamente a aqueles municípios que não o fazem?

Não se pode justificar a falta de interesse em organizar a RAS pela falta de recursos financeiros. Financiar sem organizar é desperdício de recurso público, da mesma forma que organizar sem rever o financiamento é não cumprir as atribuições federativas dos entes. Neste caso, não se pode analisar esta deficiência apenas pela perspectiva do financiamento, mas de uma compreensão global da política pública de saúde e suas relações com o Estado brasileiro, que é objeto deste diálogo.

No processo de estabelecimento do modelo de atenção à saúde e a RAS é necessário se ter em mente que as escolas para a formação de profissionais de saúde raramente têm como foco o SUS, se limitando ao modelo centrado no hospital e no médico. Da mesma forma, pactuada uma RAS regionalizada não significa que funciona como pactuado imediatamente. Necessitará de um desenvolvimento de novas habilidades profissionais, até pela sua formação para fora do SUS e a compreensão do papel do serviço na RAS, o que não se faz sem um permanente apoio para o funcionamento, sempre no sentido do paciente como centro da ação. O apoio institucional e matricial pode facilitar este desenvolvimento[10]. Neste sentido, o SUS carece de uma política pública de saúde para o apoio, com definição das atribuições sem que haja disputa entre os entes. O desafio maior é fazer funcionar o modelo de atenção determinado pelo SUS.

2

GOVERNANÇA E REGIONALIZAÇÃO



Quando se fala que o problema do SUS é gestão faz-se necessário analisar e entender com mais profundidade sobre esta questão. De fato, a insuficiência de financiamento do sistema sem dúvida é um dos mais importantes componentes desta questão, mas não a única. E mais ainda, o subfinanciamento da saúde agrava os problemas de gestão do sistema.

Inicialmente, como relatado na introdução do presente documento, há uma relação indissociável entre gestão e governança. No caso do SUS, a questão da governança é objeto de estudos e transformações que está a se discutir junto ao Tribunal de Contas da União - TCU[11], à Comissão Intergestores Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde.

O estabelecimento de pactuações regionais na atribuição de responsabilidades de cada ente da Federação é determinado em leis e decretos[12] que regulamentam a organização do sistema. Dada situação atual de financiamento da saúde, esta ação pode significar a definição de quem está disposto a assumir um maior comprometimento orçamentário próprio, o que, no caso dos municípios, já está muito acima do determinado em Lei[13]. Fato é que, apesar destas limitações, as pactuações têm ocorrido, em maior ou menor grau, por região de saúde.

Os gestores municipais estão dispostos a encontrar uma solução para a organização regional dos serviços de saúde. Entretanto, o que se observa é que mesmo pactuada esta organização, essas redes regionais acabam por não atender as necessidades locais, em especial aos de pequenos e médios municípios, pois o acesso a serviços regionalizados acaba por ser limitado, desqualificando a Atenção Básica – AB por não ver respondidas suas demandas locais a serviços especializados[14], limitados a uma oferta que cria vazios assistenciais.

A partir do Decreto Presidencial 7.508/2011, foram organizadas 438 regiões de saúde no Brasil. Ocorre que muitas delas não atendem as diretrizes da **resolução CIT 1 de 2011**[15], em especial a garantia do acesso da população às ações e serviços público de saúde.

> **Art. 3º** *Constituem-se objetivos para organização das Regiões de Saúde, sem prejuízo de outros que venham a ser definidos, os seguintes:*
>
> **I -** *Garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;*

> **II -** *Efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e*
> **III -** *Buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais*
> *(Resolução CIT 1/2011).*

A questão que se coloca é que muitas vezes estas regiões não se constituem em foros onde a governança da rede se dá em seus limites, gerando disputa entre regiões ou restrição do acesso. Está evidente que se faz necessário rever o espaço de gestão destas regiões, incorporando em maior grau a governança da RAS[16].

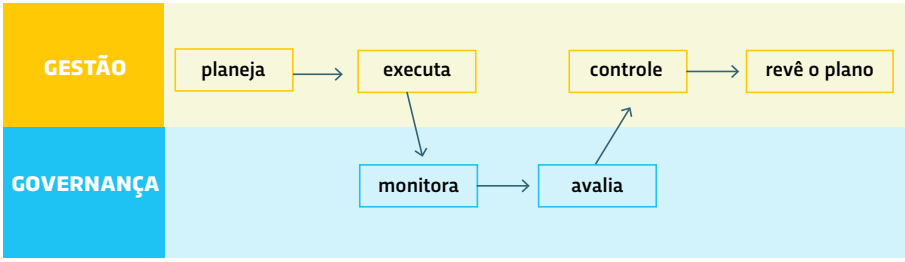
A Regionalização em Saúde, deste modo, implica na subdivisão do universo espacial e populacional, objeto de um sistema de saúde, correspondente e inserida num processo de descentralização/centralização. Este processo deve garantir a macro organicidade e a operacionalização da Região de Saúde, em termos de cobertura e acesso, com ações de saúde compatíveis com as características, necessidades e demandas de cada um e de todos esses conjuntos espaciais e populacionais, com eficiência e impacto nas condições de saúde.

A regionalização deve possibilitar e racionalizar o acesso do usuário, de forma a garantir aos cidadãos um conjunto de ações e serviços de saúde o mais próximo possível da sua residência, com qualidade, assim como a ampliação da garantia do princípio da integralidade, principalmente ao facilitar o acesso aos níveis de atenção secundária e terciária.

Assim, há um grande esforço tripartite no sentido de redefinir a governança e o processo de regionalização, sem que se percam as experiências positivas atuais das 438 regiões instituídas, especialmente como espaço de trocas de experiências entre as regionais estaduais e entre os municípios desta região. Entretanto, o esforço é no sentido de garantir uma maior governança das Redes de Atenção à Saúde - RAS e das demais ações e serviços regionalizados. A **Resolução CIT 23 de 2017**[17] estabelece este objetivo.

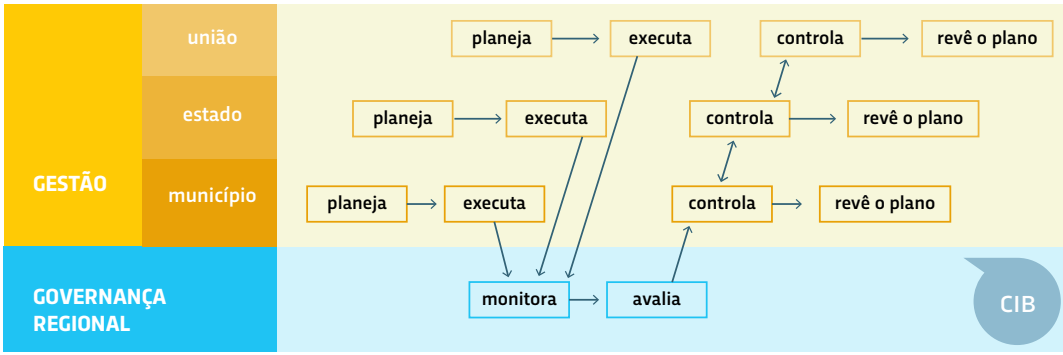
O diagrama abaixo apresenta uma síntese do entendimento do TCU, quanto à relação entre governança, gestão e planejamento.

Diagrama de vinculação entre gestão, governança e planejamento na visão atual do TCU



Mardes, J A R, em Governança Pública: o desafio do Brasil
Editora Forum, Belo Horizonte, 2016

O TCU, encarregado de controle e fiscalização da aplicação dos recursos públicos federais, tem demonstrado por meio de diversos acórdãos, grandes preocupações quanto ao planejamento, gestão e governança do SUS. Na visão do órgão, a gestão é o componente diretivo de uma estrutura definida pela governança e, portanto planejar é um dos atributos da gestão. Entretanto, este entendimento não expressa a complexidade do papel da gestão no Sistema Único de Saúde quanto ao planejamento. Na perspectiva regional, pode-se transpor o entendimento do TCU da seguinte maneira, minimizando a visão de governança corporativa.



É necessário que a governança regional amplie sua dimensão, incorporando gerentes e coordenadores de serviços que estão organizados em rede a partir do que foi pactuado, qualificando o monitoramento e avaliação, em um foro no qual ocorre a participação destes ou de seus representantes, reproduzindo experiências positivas desenvolvidas em alguns Estados onde esta participação está organizada.

Neste sentido, a CIT aprovou a Resolução 37 de 2018[18] a qual define diretrizes para o processo de regionalização, a partir da necessidade de um planejamento regional integrado, vinculado à implementação e qualificação da RAS.

> **Art. 3º** *O espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios:*
> *Conformação regional (...).*
> *Contiguidade territorial (...).*
> *(Resolução 37 de 2018).*

A ampliação da dimensão dos espaços regionais visa a qualificar o processo de planejamento ascendente a partir deste, o que confere maior possibilidade de gestão da RAS.

> **Art. 5º** *O Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB deverá ser instituído na macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR, conforme a Resolução CIT nº 23/2017 (Resolução 37 de 2018).*

Esta ampliação deve aumentar a governança regional, atribuindo à CIB a responsabilidade de monitorar e avaliar, através de um comitê executivo, subsidiando os gestores a revisão eventual do planejamento. Neste caso é evidente a preocupação da CIT em considerar o planejamento como um processo permanente.

Estes movimentos das revisões normativas do SUS implicam na necessidade de uma série de substratos que necessitarão aprimoramento. Trata-se de um novo desafio, que para ser superado, irá requerer a revisão do processo de financiamento regional. Outra questão importante é a necessidade de um sistema de informação inserido no DigiSUS (estratégia e-Saúde), que garanta o processo de monitoramento do desempenho da RAS, de forma que o foro regional possa estabelecer uma avaliação sobre a realidade do funcionamento dos serviços em rede, subsidiando enfim a CIB na tomada de decisões necessárias à adequação das ações regionais.

Com a necessidade de cumprimento no disposto na Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012- LC 141/2012 o qual estabelece a necessidade da instituição de metodologia para os critérios de rateio do financiamento federal e estadual para o cumprimento do artigo 30, inciso VII da Constituição Federal, fica evidente a necessidade do desenvolvimento de sistemas de informação e de mecanismos de governança que facilitem o monitoramento das ações e serviços públicos de saúde e uma política nacional de monitoramento garantindo assim transparência e a integração.

3

TRABALHADORES DO SUS

A municipalização da saúde constitui a concretização efetiva da descentralização da saúde, atendendo os dispositivos constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde. É também a oportunidade para democratização do SUS, a partir do compartilhamento das decisões com o poder local e a ampliação da eficiência e efetividade da gestão, com a participação da comunidade. Essa aproximação entre Estado e população em espaços onde as pessoas vivem alarga a base da esfera pública e constitui uma possibilidade concreta de tornar menos perversos os efeitos da globalização ao incorporar minorias excluídas em arenas de decisão de políticas públicas.

Quando a municipalização é realizada de forma incompleta, como é o caso do que está ocorrendo desde a década de 1990, insuficiente, com transferência inadequada de recursos e mantendo uma legislação restritiva, para que os municípios exerçam o papel que lhes é destinado, seu alcance fica limitado e controverso. O CONASEMS defende o aprofundamento da municipalização da saúde, com superação dos entraves que persistem para sua efetivação plena. Nessa perspectiva, torna-se fundamental a revisão do Pacto Federativo e ampliação dos municípios na receita tributária nacional.

A expansão da oferta de serviços do SUS ampliou bastante os postos de trabalho na área pública, que atualmente conta com mais de quatro milhões de trabalhadores. Como essa expansão coincidiu com a descentralização, as novas contratações foram realizadas em sua grande maioria pelos municípios. Os recursos insuficientes e dificuldades legais para gastos com pessoal, expressos na Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, além de delimitados percentuais da receita, estão trazendo problemas para a manutenção e expansão necessária do quadro atual, o que se agrava com a atual crise econômica e com a diminuição da arrecadação tributária.

É responsabilidade do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (Artigo 200 da Constituição Federal), portanto cabe também aos municípios participar ativamente de iniciativas que tenham por finalidade promover a formação técnica e ética de profissionais para atuação no SUS. Aqui se registra outro conflito a equacionar, como a autonomia das universidades em ordenar esta formação. Torna-se importante na superação dos desafios do SUS pelos municípios desvincular o gasto com pessoal do gasto com a assistência à saúde.

É fundamental ter uma política mais adequada para a área, que abranja a solução de problemas inerentes a financiamento, legislação, aspectos de formação e aperfeiçoamento profissional, carreira e condições de trabalho que

impliquem também em mudanças nos processos de trabalho e nos modos de produzir saúde, entre outras. Segundo Merhy (2002)[19] a finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado individual ou coletivo, na busca da cura e da saúde. Para produzir o cuidado, os trabalhadores da saúde operam saberes tecnológicos, de expressão material e não material.

Já em 2002, segundo relatório do Conselho Nacional de Saúde[20] "a conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade do cuidado ainda está por ser construído". Entretanto, registra-se ainda em 2018 velhos desafios do SUS, mais atuais do que nunca: a regionalização, o financiamento adequado, a formação e constante necessidade de qualificação e atualização da força de trabalho, entre outras de igual relevância.

O **Programa Mais Médicos** - PMM, instituído pela Lei Nº 12.871/2013, é um ótimo exemplo de experiência, recente e muito bem sucedida, de financiamento compartilhado para o provimento, formação e educação permanente de força de trabalho no SUS. Inciativa que pode ser estudada, aperfeiçoada e ampliada, alcançando as equipes de saúde da família e outras estruturas organizacionais, por exemplo, da Atenção Básica (Núcleos Ampliado de Saúde da Família - NASF, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, entre outras). No entanto, o eixo da formação do programa, estruturante para o SUS, ficou estagnado e urge a sua retomada para que se cumpra o estabelecido na Lei, quanto à ampliação de vagas de graduação e a universalização da Residência Médica até 31 de dezembro de 2018.

As dificuldades para um bom funcionamento dos serviços regionalizados necessários vão do processo de regulação à assistência e transporte sanitário pensados nos usuários. As dificuldades de financiamento acabam por não disponibilizar profissionais com a formação especializada adequada às demandas regionais. Assim, o Conasems propõe estudos para que se possa viabilizar uma estrutura de aporte de profissionais a semelhança do que se conseguiu disponibilizar-se com o PMM.

Expressa na Lei Nº 8080/1990, ainda hoje a Nação brasileira é devedora ao SUS de uma **"política de recursos humanos"**, sendo urgente sua discussão, proposição e implementação com comprometimento do Ministério da Saúde, Estados e Municípios, incentivos e apoio técnico e financeiro para a organização de uma política de recursos humanos do SUS, com estudos para carreiras e planos de carreiras viáveis e sustentáveis, a longo prazo, nos municípios. Isto inclui a necessidade de um processo estável de atu-

alização e ou adequação das habilidades necessárias dos profissionais de saúde frente às novas demandas sanitárias locais. É fundamental rever a **Política Nacional de Educação Permanente** para sustentar a estrutura proposta de qualificação regional e da RAS.

4

JUDICIALIZAÇÃO

A Judicialização da saúde cresce exponencialmente nas três esferas de governo e nos municípios o crescimento é expressivo especialmente por ser o ente mais próximo do cidadão e o mais fácil de ser notificado pelos órgãos do sistema de justiça. Muitas vezes, em detrimento das competências estabelecidas, são obrigadas ao fornecimento de procedimentos e medicamentos que não são de sua capacidade de atendimento, o que demonstra desconhecimento ou desconsideração à divisão de responsabilidade entre os entes federados existente no SUS.

Considerando que 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes e 90% menos de 50 mil, muitas destas ações chegam a consumir uma considerável parcela de seu orçamento, podendo trazer prejuízos ao fornecimento dos serviços de saúde planejados e que deveriam ser executados para toda a população.

Adicione-se a esse cenário a crescente criminalização dos gestores públicos que, muitas vezes, sofrem sanções de natureza pessoal, inclusive decretação de prisão, pelo descumprimento de determinações judiciais cujo cumprimento era impossível no tempo e da forma exigidos ou não estavam sob sua governabilidade.

O Conasems defende que a garantia do direito à saúde deve considerar critérios científicos consistentes, a imprescindível segurança para os usuários e a observância do direito coletivo como um valor que deve prevalecer em regra frente às demandas individuais. Nesse sentido, a atuação do Poder Judiciário e demais atores do sistema de justiça na solução de demandas da saúde não deve ferir os princípios e diretrizes do SUS do acesso universal e igualitário às ações e serviços, da integralidade e da equidade.

Além disso, a discussão do acesso justo e equitativo à saúde não pode ser feita descolada da premissa de que o SUS tem recursos finitos e não é possível oferecer acesso a toda e qualquer tecnologia de saúde disponível. Essa premissa é valida em qualquer país do mundo, mesmo nos mais ricos e com sistemas de saúde mais robustos. Desse modo, o entendimento comum no sistema de justiça de que a Constituição Federal não impõe qualquer restrição ao direito fundamental à saúde, de modo que não cabe ao intérprete assim proceder, é uma posição descolada de uma análise sistêmica.

Decidir o que será e o que não será ofertado com recursos públicos para os usuários do sistema de saúde é uma medida indispensável, independentemente da riqueza do país ou da forma como seu sistema está estruturado. E esse é o norte que deve orientar aqueles que discutem e que decidem sobre o alcance do direito à saúde no país, além da preocupação primordial que é com o bem-estar e a segurança dos usuários.

5

FINANCIAMENTO

Dados históricos, disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, demonstram que o gestor federal do SUS, em detrimento ao seu maior poder de arrecadação de tributos, próximo a 59% da carga tributária brasileira[21], vem migrando a responsabilidade do financiamento aos estados e municípios no decorrer das ultimas décadas. No ano de 1993, a União foi responsável por 72% de todo gasto total do sistema de saúde, contra os 42% em 2017, enquanto os dois outros entes da Federação duplicaram seus percentuais, respectivamente 25% os Estados e 32% os municípios[22]. Tal situação vem se agravando a partir da necessidade de respostas às demandas crescentes de saúde e o consequente aumento de aporte de recursos próprios municipais em ações e serviços de públicos de saúde.

Nos últimos 16 anos a média anual de aplicação dos recursos próprios municipais em saúde subiu 10 pontos percentuais, atingindo 24% em 2017. Mais alarmante é o fato de que em 2017 o valor total aplicado pelos municípios, **acima do mínimo** constitucionalmente estabelecido, ultrapassou R$31 bilhões, o que representa o total de todo Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU arrecadado no país. É em meio a este cenário de grandes mudanças no país, com a saúde pública historicamente subfinanciada, registrando crescimento populacional, aumento das doenças crônicas e as crescentes responsabilidades assistenciais e financeiras por parte dos Municípios, o Conasems apresenta os principais pontos que devem ser abordados neste diálogo com os candidatos.

Ano	PIB - (Valores em milhões R$)	População	FEDERAL			ESTADUAL	
			Despesa (Valores em mil R$)	Despesa por habitante (Valores em R$)	Proporção do PIB (%)	Despesa (Valores em mil R$)	Despesa por habitante (Valores em R$)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2002	1.488.788	171.527.112	24.736.843	144,22	1,66%	10.447.105	60,91
2003	1.717.951	172.693.583	27.181.155	157,40	1,58%	12.904.186	74,72
2004	1.957.750	173.803.626	32.703.495	188,16	1,67%	17.272.899	99,38
2005	2.170.584	181.610.526	37.145.779	204,54	1,71%	19.664.416	108,28
2006	2.409.450	184.197.943	40.750.155	221,23	1,69%	22.978.253	124,75
2007	2.720.263	181.111.419	44.303.496	244,62	1,63%	25.969.634	143,39
2008	3.109.803	186.212.228	48.670.190	261,37	1,57%	30.976.460	166,35
2009	3.333.039	188.622.177	58.270.259	308,93	1,75%	32.274.085	171,10
2010	3.885.847	188.560.281	61.965.198	328,62	1,59%	37.296.383	197,80
2011	4.376.382	189.290.239	72.332.284	382,12	1,65%	41.511.838	219,30
2012	4.814.759	188.764.595	80.063.148	424,14	1,66%	44.822.698	237,45
2013	5.331.618	198.186.017	83.053.255	419,07	1,56%	52.148.018	263,13
2014	5.778.953	199.950.308	91.898.531	459,61	1,59%	57.305.396	286,60
2015	5.995.786	201.564.699	100.054.862	496,39	1,67%	60.540.190	300,35
2016	6.259.228	202.417.963	106.235.537	524,83	1,70%	63.293.423	312,69
2017	6.559.940	200.952.247	115.259.768	573,57	1,76%	68.338.952	340,08

	MUNICIPAL			TOTAL		
Proporção do PIB (%)	Despesa (Valores em mil R$)	Despesa por habitante (Valores em R$)	Proporção do PIB (%)	Despesa (Valores em mil R$)	Despesa por habitante (Valores em R$)	Proporção do PIB (%)
(F)	(G)	(H)	(I)	(A+D+G)	(B+E+H)	(C+F+I)
0,70%	12.029.688	70,13	0,81%	47.213.635	275,25	3,17%
0,75%	13.765.417	79,71	0,80%	53.850.758	311,83	3,13%
0,88%	16.409.723	94,42	0,84%	66.386.118	381,96	3,39%
0,91%	20.287.287	111,71	0,93%	77.097.481	424,52	3,55%
0,95%	23.568.595	127,95	0,98%	87.297.003	473,93	3,62%
0,95%	26.426.564	145,91	0,97%	96.699.694	533,92	3,55%
1,00%	32.471.345	174,38	1,04%	112.117.994	602,10	3,61%
0,97%	34.542.847	183,13	1,04%	125.087.191	663,16	3,75%
0,96%	39.290.644	208,37	1,01%	138.552.225	734,79	3,57%
0,95%	46.005.793	243,04	1,05%	159.849.915	844,47	3,65%
0,93%	52.034.361	275,66	1,08%	176.920.208	937,25	3,67%
0,98%	59.908.108	302,28	1,12%	194.989.514	984,48	3,66%
0,99%	67.381.118	336,99	1,17%	215.160.315	1.083,19	3,72%
1,01%	72.223.158	358,31	1,20%	232.818.211	1.155,05	3,88%
1,01%	78.501.613	387,82	1,25%	248.030.574	1.225,34	3,96%
1,04%	81.753.999	406,83	1,25%	265.352.719	1.320,48	4,05%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para os dados da União (a partir do ano de 2013), Estados, DF e Municípios; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde para os dados da União (de 2002 a 2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) para os dados populacionais e valores do Produto Interno Bruto (PIB). Consulta realizada em 27 de abril de 2018, sujeita alterações conforme informações recebidas pelo sistema. Elaboração: CSIOPS/CGES/DESID/SE/MS. Notas: 1) As despesas em saúde consideradas foram contabilizadas conforme Art. 3º da LC 141/2012. Não entram no cálculo aquelas despesas que não atendem ao princípio universal do SUS constantes no Art.4º da LC 141/2012, como Despesas com inativos e pensionistas, planos de saúde de servidores públicos, clientela fechada etc. 2) A consulta do PIB foi realizada por meio do site http://www.ibge.gov.br em Indicadores/Contas Nacionais /PIB-Valores Correntes.

Pacto Federativo

Atualmente, a União, que detém 60% da arrecadação da carga tributária, arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17% da carga tributária brasileira e se responsabilizam por 32% do financiamento do SUS.

O congelamento dos recursos federais estabelecido pela Emenda Constitucional 95/2016 pode responsabilizar ainda mais os outros entes da Federação. Piola (2011) apresenta série histórica que descreve este movimento de retração federal, frente ao aumento dos recursos aplicados pelos estados e municípios, em detrimento a necessária contrapartida e da revisão da estrutura tributária.

Em 2017, a carga tributária bruta do Governo Geral – governo central, Estados e municípios – alcançou 32,36% do Produto Interno Bruto - PIB (relativamente estável em comparação aos anos anteriores), conforme estimativa da carga tributária bruta elaborada pelo Tesouro Nacional, estimativa que integra a Prestação de Contas da Presidência da República. Entre os anos de 2016 e 2017, registrou-se diminuição da representação da carga tributária federal frente ao PIB, porém a mesma relação se manteve estável para municípios em apenas 2,25%, contra os volumosos 21,20% do Federal.

Carga Tributária Bruta por esfera de governo

	R$ Milhões		%PIB*	
CTB	**2016**	**2017**	**2016**	**2017**
Federal	1.332.253	1.390.984	28,28%	21,20%
Estadual	553.077	584.489	8,84%	8,91%
Municipal	140.658	147.625	2,25%	2,25%
TOTAL	**2.025.988**	**2.123.198**	**32,37%**	**32,36%**

*PIB oficial divulgado pelo ibge em 01/03/2018. Valores disponíveis no Anexo 1

Fonte: Tesouro Nacional[23] , 2018.

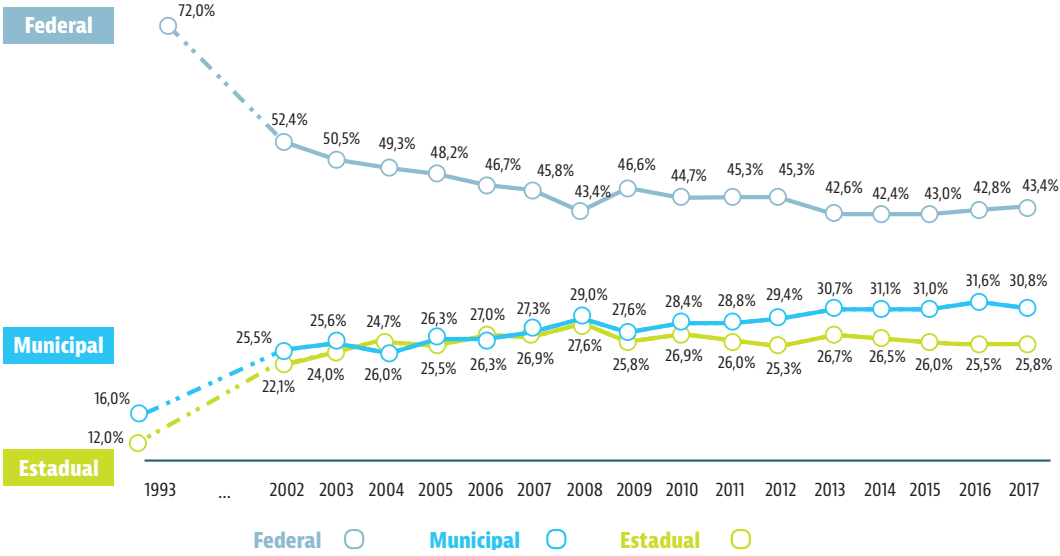
Reforma Tributária

Considerando que o sistema de arrecadação de impostos no Brasil apresenta-se complexo e ineficiente, que gera insegurança e prejudica o crescimento da economia, as pautas de tributações da renda e do patrimônio devem ocupar lugar de destaque na agenda nacional. Neste sentido, é necessário o resgate dos princípios constitucionais da Justiça Fiscal – equidade, capacidade contributiva e progressividade.

No Manifesto em Defesa do SUS24, publicado pelo CONASEMS em setembro de 2015, foi defendida a necessidade de criação/regulamentação de novas fontes próprias para saúde com caráter progressivo (quem mais dispõe de recursos deve pagar mais). Estas novas fontes poderiam envolver: revisão da tributação sobre heranças (Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD), além da aprovação da taxação sobre grandes fortunas, lucros e dividendos destinados à Seguridade Social.

Composição dos gastos com ações e serviços públicos de saúde

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Ministério da Saúde, 2018 e World Health Statistics (WHO), 2013.



Renúncia Fiscal

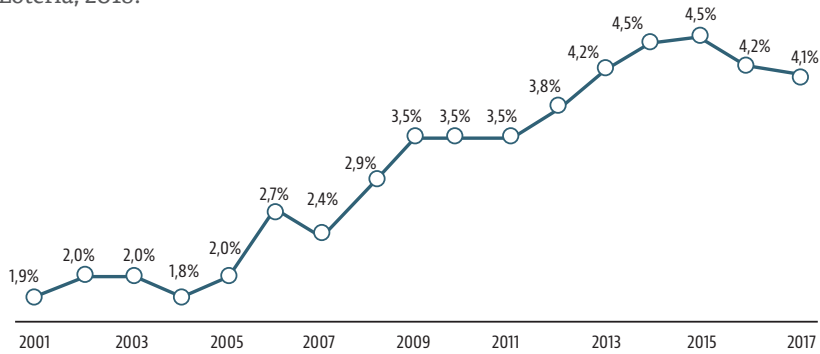
Segundo dados Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loterias do Ministério da Fazenda[25] , o Governo Federal concedeu, entre os anos de 2003 e 2017, em subsídios, sejam em despesa (benefícios financeiros e creditícios) ou receita (gastos tributários), o total de R$ 4 trilhões. Significa dizer que a cada 13 anos um orçamento inteiro da União é oferecido em subsídios. Esta comparação se torna ainda mais crítica quando se toma como base o orçamento do Ministério da Saúde, com previsão de R$130 bilhões[26] para 2018. Anualmente, a União oferece em subsídios o montante equivalente a dois orçamentos do Ministério da Saúde em subsídios, ou ainda o equivalente a totalidade dos gastos públicos em saúde do Brasil.

Parte destes subsídios diz respeito ao gasto tributário, subsídio que nos últimos anos alcançou a representatividade acima de 4% do PIB, ou seja, o mesmo valor destinado conjuntamente pela União, Estados e municípios ao financiamento da saúde no País. Constatação alarmante, que pode ser entendida como um dos grandes obstáculos à garantia do financiamento do direito à saúde no Brasil.

Estudos do Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada registram que, por meio de renúncias fiscais, cerca de R$ 25 bilhões deixaram de ser arrecadados do total de gastos federais em saúde em 2013. Segundo Ocké[27], o valor, apenas da renuncia fiscal, corresponde a 30% dos gastos na área de saúde.

Total de Gastos Tributários (% PIB)

Fonte: Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loteria, 2018.



De fato, a dedução dos gastos com planos de saúde, profissionais de saúde, clínicas e hospitais no Imposto de Renda, das concessões fiscais as entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), indústria químico-farmacêutica, enfraquecem a capacidade de arrecadação da esfera pública. Apenas as deduções de Rendimentos Isentos e Não Tributáveis em 2017 superaram R$28 milhões[28] .

Adicionalmente, observa-se uma recomposição dos custos da saúde suplementar sempre muito acima da inflação oficial, como aprovado este ano pela Agência Nacional de Saúde, o que aumenta a renúncia fiscal. Segundo Cunha, 2018[29] , em dezembro de 2016, a Variação de Custo Médico-Hospitalar dos 12 meses anteriores atingiu 20,4%, contra 6,29% registrados no mesmo período pelo Índice de Preços ao Consumidor - IPCA, índice utilizado pela EC 95/2016 que determina o teto dos gastos federais.

> Como nos rememora o Professor Nelson Rodrigues[30] , um dos arquitetos do SUS:
> *Lembramos que nos anos eleitorais de 2011 e 2014, representações das entidades privadas hospitalares e de planos privados de saúde expuseram publicamente suas posições e pressões por sistema de saúde mais vinculado ao mercado no setor, e financiando fortemente as campanhas eleitorais dos candidatos mais fortes principalmente ao nível da presidência da República. As 7 maiores entidades nacionais de planos e hospitais privados contrataram da internacional Antares Consulting, projeto para o sistema de saúde no Brasil, com 61pgs, propondo 3 níveis de gestão, 10 eixos estratégicos e 12 propostas (Livro Branco da Saúde), que foi entregue em mãos à presidência da República em 2015. Em 2018, às 20 maiores entidades privadas nacionais de serviços de saúde, incluindo os hospitais Albert Einstein e Sírio-Libanês, somam-se 5 entidades nacionais da indústria na saúde, que assumem o projeto apresentado pelo Instituto Coalizão Saúde em abril/2018, com 117pgs e uma agenda prioritária com 8 propostas.*
> *Cerca de 25 a 30% da população (classe média-alta, media - media e parte da média-baixa que inclui a estrutura sindical formal privada e pública) dispõe de planos privados de saúde (dos mais baratos aos caríssimos) todos subsidiados, e são usuários do SUS, incluindo*

serviços e materiais mais caros financiados por ações judiciais, totalizando per-capita de financiamento 5 a 6 vezes maior que o dos 70 a 75% que dispõem somente do SUS (maior parte da classe média baixa, trabalhadores informais, pobres e miseráveis) (Nelson Rodrigues, 2018).

Critério de Rateio dos recursos Federais

A LC 141/2012 disciplina a necessidade de se estabelecer a metodologia de critérios de rateio dos recursos financeiros Federais, destinados aos demais entes federados, para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais, além de estabelecer o planejamento ascendente e os mecanismos de controle interno e externo, monitoramento e avaliação do sistema.

Para efetiva implantação do rateio se faz necessária elaboração e pactuação de metologia que leve em conta as necessidades de saúde, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde. Necessário ainda considerar o planejamento de forma ascendente em conformidade com o que determina a Lei 8080/1990 e a Lei Complementar 141/2012.

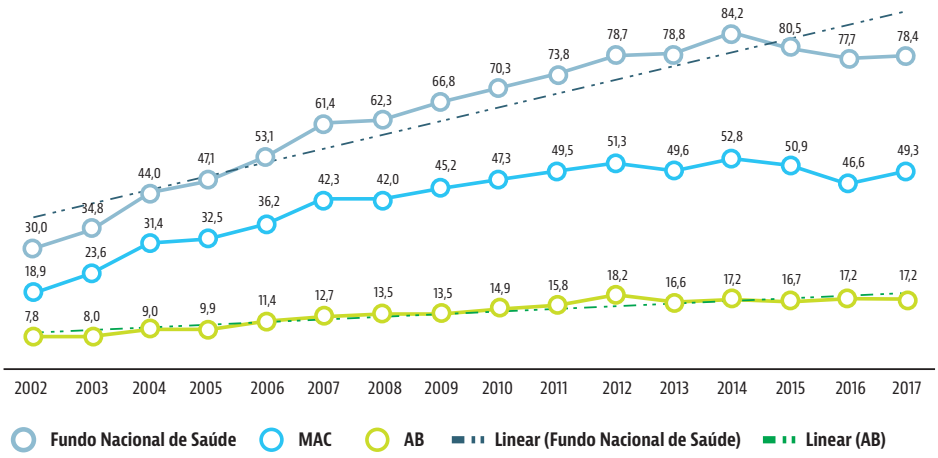
Atualmente o planejamento municipal é influenciado por algumas politicas de indução da esfera federal. restringindo a autonomia municipal, o que fere os principios do federalismo em nome de uma direcionalidade que se estabelece de maneira inversa ao que determina o artigo 30 da LC 141/2012.

O histórico dos repasses Federais para os demais entes federados retrata claramente a necessidade do estabelecimento do critério de rateio. Em valores atuais, em detrimento do reconhecimento internacional da necessidade de fortalecimento da AB como importante estratégia para o aprimoramento da atenção à saúde no Brasil, os repasses Federais dedicados à AB apresentam-se com crescimento ínfimo frente ao total de repasses e àqueles dedicados aos procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Transferências da União por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para Ações Alta Complexidade Ambulatorial e Hospital e Atenção Básica

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Fundo Nacional de Saúde (FNS), 2018.

Bilhões de Reais a preços de Dez/2017 (IPCA)



Custos do SUS

A crescente demanda pelos serviços seja devido à crise econômica ou por fatores demográficos e epidemiológicos em transição no país, além do financiamento insuficiente, impõe a necessidade de produzir informação de custos para a tomada de decisão em saúde. Tanto para usá-la na gestão dos serviços, quanto para subsidiar discussões mais amplas no planejamento da alocação de recursos dos entes. Contudo, ainda não existe uma política específica que trate da produção, organização e uso deste tipo de informação em âmbito nacional no SUS.

Entende-se que para além da busca de novas fontes de financiamento é necessário adotar boas práticas de governança e neste sentido é primordial conhecer os custos do SUS. Desta forma, propõe-se a estabelecer uma Polí-

tica Nacional de Gestão de Custos em Saúde no SUS, considerando a diversidade regional e a participação dos três entes da Federação. Sabidamente este desafio somente será superado com a participação das três esferas de gestão do sistema.

6

PACTO FEDERATIVO

O termo pacto federativo parece ser uma redundância, visto que federar em sua origem significa pactuar (pacto=*foedus* do latim). Entretanto está consagrado no diálogo político institucional brasileiro e se relaciona com a estrutura tributária e as competências de cada Ente da Federação.

No caso brasileiro, há sempre uma grande disputa entre a capacidade do Estado no âmbito da União em promover a equidade na construção de igualdades de direitos constitucionais, e as suas atribuições em relação as dos demais entes da Federação. A União, os estados e os municípios disputam recursos financeiros de uma estrutura tributária ainda centralizadora[31] , em contraposição a uma Constituição com evidentes diretrizes de descentralização. As razões históricas disto podem ser lidas em uma grande quantidade de publicações acadêmicas[32,33] . São direitos que historicamente tem sido conquistado pelas ações municipais.

A rediscussão da estrutura tributária brasileira está há alguns anos na pauta da federação sem que com isso tenhamos feito qualquer avanço significativo. Os interesses políticos partidários parecem emperrar no legislativo as mudanças necessárias. Estas divergências políticas estão afetas à concepção de estado que cada orientação política estabelece e são derivadas da concepção do **estado mínimo** da orientação liberal, **o estado de bem-estar social** da orientação mais à esquerda e de outras propostas intermediárias de modelo de Estado Brasileiro. Considerando que a democracia não representa a eliminação das posições políticas de outras orientações, é preciso amadurecer esta relação entre entes com orientações políticas divergentes. Como as diferenças políticas dentro do SUS não devem ser desrespeitadas, o processo de governança deve ser repensado de forma a eliminar as consequências do partidarismo na construção da maior política de estado brasileira. É importante citar que, como se trata de gestão e governança federativa, não cabe aqui uma orientação de governança corporativa.

Outra questão que compõe estas dificuldades são os compromissos estabelecidos pelas políticas públicas no âmbito da União. Uma eventual interrupção destas políticas por conta de uma nova orientação das fontes e quantidades de recursos que compõem o orçamento não se dará sem conflitos de interesses.

Neste sentido, esperar uma mudança imediata e radical da estrutura tributária brasileira, seria ilusória. Mas a verdade é que a situação atual necessita mudança urgente, mesmo que isto signifique um processo de médio-longo prazo, ou veremos falhar os princípios constitucionais democráticos por insustentabilidade, em especial dos municípios.

Na área da saúde, a atual estrutura tributária nacional e os ditames da Emenda Constitucional 95/2016[34] podem determinar a necessidade de fechamento de parte

significativa dos serviços públicos a cada novo ano. A falta de financiamento determinará inevitavelmente a diminuição do acesso, frente a uma responsabilidade municipal pela execução das ações e serviços de saúde, que já tem comprometido quase o dobro dos recursos próprios determinados em lei para isto. Não rever esta situação tributária significa criar uma situação política nacional que coloca a população contra o SUS por suas insuficiências, minimizando a cidadania em saúde a cada ano, o que pode ser de maior ou menor impacto a depender da região[35] .

A posição do Conasems é de intensa mobilização junto às associações de prefeitos para alterar este pacto. Abaixo, a fala conjunta:

> *Os brasileiros convivem com um sistema de arrecadação de impostos complexo e ineficiente, que gera insegurança e prejudica o crescimento da economia. As tributações da renda e do patrimônio devem ocupar lugar de destaque na agenda nacional e nos projetos de "reformas tributárias". Assim, é mais do que oportuno o resgate dos princípios constitucionais da justiça fiscal (equidade, capacidade contributiva e progressividade). A tributação equitativa é um dos melhores instrumentos de erradicação da pobreza e da redução das desigualdades sociais. A modernização do sistema de tributação mais progressivo o torna mais igualitário*[36] .

Numa análise simplificada, não se alterando esta estrutura tributária, resta rever então as atribuições de cada Ente da Federação. No SUS, esta possibilidade significará um processo de centralização, o que descola de seus princípios constitucionais e não será traduzido como melhora do sistema de saúde, pelo contrário, reproduzirá uma experiência anterior de resultados sempre negativos sobre a qualidade de vida e saúde dos brasileiros.

Outra ocorrência derivada desta situação é a impossibilidade de formulação de novas políticas públicas de saúde. Isto acaba por se traduzir como descompromisso com a realidade que se altera.

Cabe aos brasileiros a escolha do estado que melhor representa seus anseios. Nesta eleição de 2018, este debate está dado e não pode ser esquecido, nem pelos candidatos à presidência, deputados federais, senadores, governadores e deputados estaduais. Neste sentido, o Conasems afirma que todos os candidatos devem apresentar propostas concretas para a revisão do pacto federativo ou estará descomprometido com a realidade.

Brasília - Junho 2018

Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS

Esplanada dos Ministérios,
Bloco G, Anexo B, Sala 144
Zona Cívico-Administrativo
Brasília - DF, 70058-900
(61) 3022-8900

Notas

1 A Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm#art1>.

2 A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 é reconhecida como Lei Orgânica da Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

3 A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>.

4 Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.547-74.

5 Recomenda-se a leitura que aprofundam esta discussão: Gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização da saúde, de Carvalho e Cunha, no livro "Tratado de saúde coletiva", Hucitec e Fiocruz, p 837 a 864 e Modelo de Atenção à Saúde, de Jairnilson Paim, no livro "Políticas e sistema de saúde no Brasil, p 459 a 491. Fiocruz.

6 Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso>

7 Rocha AS, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 87-111, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=pt&nrm=iso>..

8 Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. Health Syst Transit. United Kingdom: Health System Review. 2015;17(5):1-126. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf?ua=1>.

9 Recomenda-se estudo minucioso por parte dos gestores da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

10 Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva,Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p.

393-403, 1999 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso>.

11 Leia mais em: Recomendações da auditoria operacional - Governança da pactuação do SUS - Metodologia baseada no referencial de governança de políticas públicas do TCU - Oportunidades de melhoria na coordenação e coerência, institucionalização e gestão de riscos e controle interno. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A250D20C48015116B40DA40219&inline=1>.

12 Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

13 Disciplinado pelo artigos do 5º ao 11º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>.

14 Silva EC da; Gomes MH de A. Deadlocks in the process of health regionalization: local plots. Saude soc., São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dez/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400013&lng=pt&nrm=iso>.

15 Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011 a qual estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/13/RESOLU----O-N---1--DE-29-DE-SETEMBRO-DE-2011.pdf>

16 Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

17 Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017 que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html>.

18 Resolução nº 37, de 22 de março de 2018 que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf>.

19 Merhy, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>.

20 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – 1. Ed. 2 reimpr. – Brasília – Ministério da Saúde, 2003. 72p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>.

21 Confederação Nacional dos Municípios (CNM). Estudos Técnicos CNM – Volume 1 Estudos fiscais: estimativas da participação dos entes da federação no bolo tributário. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%201%20-%2008.%20Estudos%20Fiscais%20-%20Estimativas%20da%20participa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20entes%20da%20federa%C3%A7%C3%A3o%20no%20bolo%20tribut%C3%A1rio.pdf>.

22 Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola. Brasília: Ipea, 2011.Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_politpublicas_saude.pdf>.

23 Tesouro Nacional - Nota Técnica nº 40/2018/CESEF/STN - Metodologia para cálculo da Carga Tributária Bruta, 2018. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/476865/Nota+Tecnica+Carga+Tribut%EF%BF%BDria+2017.pdf/88784e04-2c-05-46d3-b0ab-8bac35682b38>.

24 Manifesto do Conasems em defesa do SUS. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2015/09/images_MANIFESTO_CONASEMS_.pdf>.

25 Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria Executiva. Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loteria. 2º Orçamento de Subsídio da União. Relatório do Governo Federal sobre os gastos tributários e os benefícios financeiros e creditício no período de 2003 a 2017. Ministério da Fazenda. Maio de 2018. Disponível em: <https://www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/orcamento-de-subsidios-da-uniao/arquivos/osu_segundaedicao_vfinal.pdf>.

26 LOA - Lei Orçamentária Anual 2018. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2018/orcamento-anual-de-2018#LOA>.

27 Saiba mais na Nota Técnica nº 19 elaborada por Carlos Octávio Ocké- Reis & Filipe Nogueira da Gama denominada RADIOGRAFIA DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE – 2003- 2013. IPEA, Brasília, 2016.

28 Leia mais em: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) - Inflação médica: um desafio mundial da Saúde Suplementar Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=679>.

29 Leia mais em: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) - Inflação médica: um desafio mundial da Saúde Suplementar Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=679>.

31 Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 18, n. 2, p. 17-26, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=is>.

32 Elias PE. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. Saude soc., São Paulo , v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000200003&lng=pt&nrm=iso>.

33 Leia mais em: Pacto Federativo: o que é e como funciona. Disponível em:<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/REPORTAGEM-ESPECIAL/503138-PACTO-FEDERATIVO--O-QUE-E-E-COMO-FUNCIONA-BLOCO-1.html>.

34 Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.

35 Disciplinado pelo Inciso VII, do artigo 30, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

36 Leia mais em: Revista Conasems nº 66, julho – setembro, 2016. Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/02/Revista_conasems_edicao_66_web-1.pdf>.