



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 85/2021-CGPAS/DRAC/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Refiro-me ao Ofício nº 9999/2021/CGSAU/DS/SFC/CGU, de 06 de junho de 2021, por meio do qual a Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde/CGU, encaminha versão preliminar do Relatório sobre as Políticas de Média e Alta Complexidade, Processo nº 00190.104550/2021-40, elaborado sob a responsabilidade do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos da União (CMAG), executado pela Controladoria-Geral da União (CGU) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O Ofício solicita emissão de Nota Técnica sobre o documento e agendamento de reunião para discussão das recomendações decorrentes.

2. **ANÁLISE**

2.1. O relatório tem início em uma contextualização ampla que vai da discussão conceitual sobre a atenção de média e alta complexidade, MAC, sua expressão no orçamento da União e no financiamento da prestação de serviços, até a regionalização como parâmetro territorial para o financiamento.

2.2. No segundo capítulo, trata dos resultados da avaliação, afirmando que tem como *“objetivo principal fornecer subsídios para a tomada de decisões nos níveis estratégico e tático em relação à atuação do Governo Federal no fortalecimento das ações de média e alta complexidade no SUS”*.

2.3. Quanto à metodologia, segundo o relatório, a avaliação seguiu a metodologia de atuação do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), definindo *“questões avaliativas a partir de discussões e debates entre representantes de órgãos da Administração Pública Federal, incluindo o Ministério da Saúde como órgão setorial responsável pela Atenção Primária à Saúde”*. As questões definidas foram:

Questão 1: Como está estruturado o atual modelo de financiamento da MAC?

Questão 2: O processo de decisão no que diz respeito à distribuição dos recursos da MAC entre os entes está adequado às normas?

Questão 3: Qual é o efeito da distribuição de financiamento da MAC sobre o acesso a internações e procedimentos de alta complexidade (geográfico ou outros)?

2.4. Dada a importância dos processos de avaliação para o aprimoramento da formulação e implementação das políticas públicas, e a amplitude do escopo do material em apreço, consideramos que o relatório fornece material para uma ampla discussão com vistas ao aprimoramento da atenção de média e alta complexidade no SUS e apresentamos a seguir comentários limitados a alguns pontos em que, a nosso ver, a análise poderia ser beneficiada com maior precisão.

1. O relatório associa a regionalização com a garantia da eficiência e, evocando o arcabouço legal do SUS, assim como fazem alguns autores, preconiza sua utilização como parâmetro territorial para a organização dos serviços e para o financiamento, especialmente no que tange à distribuição dos recursos. Cabe ressaltar que a implementação dessa estratégia tem sido alvo de várias tentativas não exitosas, mesmo antes do SUS, com os SILOS e os Distritos Sanitários. A explicação mais simples para o reiterado insucesso é que a regionalização criaria um quarto ente, na área da saúde, em desacordo com o arranjo federativo do país. O relatório traria uma contribuição valiosa à gestão do SUS, caso fosse o tema analisado em profundidade.

2. No que se refere à estrutura do modelo de financiamento atual, estão bem marcadas as diferenças entre o financiamento da MAC, por meio da transferência de recursos do FNS aos fundos estaduais e municipais, e a remuneração dos prestadores de serviços, realizada diretamente pelos gestores contratantes, maiormente com base na produção de serviços. Contudo, a afirmativa de que *“Em síntese, o valor que cada estado ou município recebe regularmente do Governo Federal em relação às ações de média e alta complexidade é o somatório das diversas políticas de saúde habilitadas e em funcionamento naquela localidade”* não corresponde ao fato de que cerca de 70% do Teto MAC está composto por recursos relacionados à série histórica de produção de serviços e não à habilitação em políticas sanitárias específicas, como se demonstra no documento, com base em dados fornecidos pelo Ministério da Saúde.

3. A análise do *Gráfico 2: Dotação orçamentária da Ação 8585 por modalidade de aplicação*, termina com a seguinte frase: Uma pequena parcela (inferior a R\$ 50 milhões) é transferida diretamente para instituições privadas sem fins lucrativos.” Esclarecemos que esta afirmação não procede, uma vez que, com recursos da ação 8585, foco da avaliação, não são feitos pagamentos diretos a instituições privadas, com ou sem fins lucrativos.

4. No *Gráfico 5: Composição das transferências federais para Média e Alta Complexidade*, a opção de juntar o FAEC e as emendas parlamentares em uma categoria única denominada *“extra-limite”*, ou extra-Teto, causa ruído na compreensão uma vez que o FAEC guarda a lógica da contribuição federal para o custeio da produção de serviços MAC, diferentemente das emendas parlamentares, sendo esta, a fração que mais cresce.

5. Na análise da evolução do Teto MAC, *Gráfico 6: Evolução dos limites financeiros da MAC no Brasil*, o volume de recursos existentes antes de 2003 é classificado no relatório como porção *“não explicada”*, o que não corresponde à realidade. De 2003 até a data, existem mais de 8 mil portarias cadastradas no SISMAC, além de outros documentos que explicam completamente a composição do Teto MAC. Porém, portarias editadas na década de 90, que embora não compiladas poderiam ser pesquisadas, atestam o entendimento de que o Teto MAC antes da data inicial de funcionamento do sistema informatizado tem origem na série histórica de produção de serviços assistenciais e não difere qualitativamente da composição do Teto MAC atual.

6. No ponto seguinte, o *Gráfico 7*: apresenta a comparação entre o valor do Teto MAC e o valor da produção de serviços em todo o país, de 2003 a 2019, concluindo que para cada 1 real de produção, o MS transferiu 1,47 aos estados e municípios. O Comparativo é também detalhado por macro região do país, constatando que a superioridade do Teto MAC é maior nas regiões Norte e Nordeste, áreas de mais vazios assistenciais, e concluindo que o dado *“revela a presença de estratégias de financiamento federal não vinculadas ao fee-for-service, tais como as rubricas financiadas por incentivos e os valores extra teto.”* Esclarecemos, primeiramente, que não é certo dizer que os incentivos não estão relacionados à produção, quando apenas alguns não estão. Além disso, a conclusão fica comprometida pela junção feita no relatório, do FAEC com as emendas parlamentares na

categoria valores extra teto, uma vez que a transferência os recursos do fundo é a parte do financiamento MAC que precisamente se caracteriza como *fee-for-service*.

7. No Quadro 4, observamos que o título não corresponde ao conteúdo. A parte disso, o quadro apresenta uma interpretação da capacidade de influência do Ministério da Saúde sobre o estabelecimento do que os autores consideraram como frações de recursos componentes do MAC, detalhando o fato gerador de cada fração e sua participação no total. Com base nesse quadro, o relatório traz a seguinte conclusão: “os repasses federais para MAC se configuram transferências obrigatórias, tal como preconiza a LC 141/2012, e que o Ministério da Saúde detém pouca ingerência sobre tais definições. Do total regularmente transferido, aquele formato no qual há forte ingerência federal diz respeito aos ajustes na Tabela SUS, o que representa cerca de 9,5% do total.”

Reproduzimos abaixo o Quadro 4 para facilitar a referência do nosso comentário.

Tipo de Recurso	Fato Gerador	Ingerência do MS	Participação MAC
Limite pré-2003	Histórico da oferta	Nula	18,5%
Teto MAC -Oferta	Variação da Oferta	Média	26,5%
Teto MAC - Tabela	Ajustes à Tabela SUS	Alta	9,5%
Incentivos e Redes	Habilitações	Média	25,5%
FAEC	Realização do serviço	Nula	10%
Incrementos Temporários	Emendas Parlamentares	Baixa	10%

8. Não nos parece justificável a separação do valor total do Teto MAC em recurso pré e pós 2003, já que, como dissemos anteriormente, essa data não corresponde a nenhuma mudança na sua composição, nem à introdução de novos critérios de distribuição dos recursos. Neste sentido, não é compreensível considerar nula a ingerência do MS nessa porção do recurso, separada artificialmente. Consideremos, por hipótese, que o Ministério da Saúde defina que de agora em diante, o Teto MAC dos estados e municípios não será mais um valor cumulativo e sim resultante da aplicação anual de um algoritmo formulado com base nos critérios previstos em lei, sobre o orçamento disponível. O valor acumulado até 2003 deixaria de existir, assim como todo resto do Teto e, nesse momento, o MS terá tido total ingerência sobre a fração pré-2003 identificada como 18,5% do Teto MAC atual.

9. Com relação ao FAEC, parece haver igualmente um equívoco de interpretação quando se diz que a ingerência do MS é nula, sobre essa fração. O fato gerador do montante a ser transferido não é simplesmente a produção dos serviços, mas sim a produção de procedimentos selecionados, cuja seleção é feita pelo MS. Cada vez que um procedimento é agregado ou retirado do elenco financiado pelo FAEC, o MS exerce sua ingerência sobre

esse componente. Também sobre os *incentivos e redes*, a influência do MS é alta quando cria a norma técnica e estabelece as regras para a habilitação dos serviços.

10. Assim sendo, sugerimos considerar a revisão das conclusões apresentadas com base no Quadro 4.

3. CONCLUSÃO

- 3.1. O relatório fornece material valioso para a discussão com vistas ao aprimoramento da atenção de média e alta complexidade no SUS.
- 3.2. Frente à amplitude do escopo do trabalho, os comentários apresentados limitaram-se a alguns pontos em que, a nosso ver, a análise poderia ser beneficiada com maior precisão.
- 3.3. Atendendo ao solicitado, manifestamos também nosso interesse em continuar participando do processo de avaliação conduzido pela CMAP e aguardamos o agendamento da reunião.
- 3.4. À consideração da senhora Diretora do DRAC/SAES/MS, oferecendo Ofício de resposta para, se de acordo, dar prosseguimento ao GAB/SAES com vistas ao NUJUR/SAES.

NEYDE GLÓRIA MOREIRA GARRIDO
Coordenadora-Geral - CGPAS/DRAC/SAES/MS

1. Ciente.

Encaminhe-se na forma proposta.

CLEUSA R. DA SILVEIRA BERNARDO
Diretora do DRAC/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Neyde Glória Garrido, Coordenador(a)-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde**, em 23/06/2021, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

Documento assinado eletronicamente por **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo, Diretor(a) do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle**, em 24/06/2021, às 13:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da



[Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0021270947** e o código CRC **F240C190**.

Referência: Processo nº 00190.104550/2021-40

SEI nº 0021270947

Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde - CGPAS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br