



Ministério da Saúde  
 Secretaria Executiva  
 Comissão Intergestores Tripartite  
 Secretaria Técnica

<b>1ª</b> Reunião  Extraordinária 2000	<h1 style="margin: 0;">ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA</h1>	07.11.00
--	---	----------

## 1. MEMBROS DA COMISSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>SE</b>	Barjas Negri	Titular	01/01
	Otávio Mercadante	Suplente	01/01
<b>SAS</b>	Renilson Rehem de Souza	Titular	01/01
	Maria Helena Brandão	Suplente	
<b>SPS</b>	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	01/01
	Tânia Di Giacomo Lago	Suplente	
<b>ANVS</b>	Luiz Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	01/01
<b>FUNASA</b>	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/01
	Jarbas Barbosa da Silva Júnior		

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Francisco Deodato Guimarães	Titular	
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
<b>NE</b>	Marta Oliveira Barreto	Titular	01/01
	Anastácio de Queiroz Sousa		
<b>SE</b>	José da Silva Guedes	Titular	01/01
	João Felício Scardua	Suplente	
<b>S</b>	João José Cândido da Silva	Titular	01/01
	Armando M. Bardou Raggio	Suplente	
<b>CO</b>	Fernando P Cupertino de Barros	Titular	01/01
		Suplente	

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Neílton Araújo de Oliveira	Titular	01/01
	Eliana Pasini	Suplente	
<b>NE</b>	Rosa Maria S. V. N. de Carvalho	Titular	01/01
	Lúcia de Fátima Maia Derks	Suplente	
<b>SE</b>	Gilberto Natalini	Titular	01/01
	Walter Lavínias	Suplente	

<b>S</b>	Francisco Isaias	Titular	01/01
	Celso Luiz Dellagiustina	Suplente	
<b>CO</b>	Elias Rassi Neto	Titular	
	Djair José Pereira	Suplente	

## 2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO
2.	ELANE ARAÚJO
3.	ARNALDO COSTA
4.	ZENILDA BORGES
5.	MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS
6.	MARIA ELENA R. B. DE ARAÚJO
7.	RICARDO SCOTTI
8.	MARIA HELENA BRANDÃO
9.	VERA LOPES
10.	CRISTINE FERREIRA
11.	EURIDES ROSA DE CARVALHO
12.	PATRÍCIA LUCCHESI
13.	IRACEMA FERMON
14.	SILVANA PEREIRA
15.	LÚCIA QUEIROZ
16.	GISELE BAHIA
17.	CARLOS ALBERTO G. PRETO
18.	EDUARDO LUIZ S. LOUREIRO
19.	VIDAL MANUEL JESUS MATEUS
20.	FERNANDO MARTINS JUNIOR
21.	JOHNSON ARAÚJO
22.	MENA ELISABETH
23.	NILO BRETAS
24.	ANTÔNIO CLARET FILHO
25.	MARIA JOSÉ
26.	ARNALDO BELTONE
27.	FERNANDO FALCÃO
28.	TEREZINHA GUEDES REGO OLIVEIRA
29.	MARGARIDA MARIA GONZAGA
30.	LOURDES ALMEIDA
31.	CLAYDIR LUIS DE PAOLI
32.	CRISTIANI MACHADO
33.	MOZART OLIVEIRA JÚNIOR
34.	ANA CUNHA
35.	SAMARA
36.	JOSÉ SIVAL CLEMENTE DA SILVA

### **3 - PAUTA**

#### **9 às 13 h**

**Proposta de Reorganização da Assistência à Saúde -  
Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS**

#### **14.30 às 18 h**

**Plano de Metas – Secretaria de Assistência à  
Saúde/SAS/MS**

**Lei de Responsabilidade Fiscal – Secretaria de  
Investimento em Saúde/SIS/MS**

#### **4 – DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr Barjas Negri e o Suplente Dr. Otávio Mercadante coordenaram a 1ª Reunião Extraordinária da CIT, no dia 07 de novembro de 2000.

**1 - Habilitação de Estados** - O Secretário de Assistência à Saúde Dr Renilson Rehem colocou que como fora informado em reunião anterior da CIT, estão sendo analisados os processos de habilitação dos estados de MG, RS, PA, AP, CE, GO e MT, ficando definido que as vistorias seriam realizadas de acordo com a ordem de entrada dos mesmos, e após a verificação das pendências, valeria a solução dessas pendências, como ordem de prioridade. Desses estados, somente o Ceará solucionou todas as pendências e está em condições de ser habilitado hoje. A Diretora do Departamento de Descentralização Maria Helena Brandão informou que todos os estados que solicitaram habilitação já receberam a visita da SAS, sendo que cada um recebeu notificação detalhada das suas pendências e quais as providências a tomar para solucioná-las, ficando o Departamento de Descentralização disponível para dar apoio e ajudar na superação dessas questões. O Coordenador da CIT Dr. Barjas Negri colocou em apreciação a aprovação da Gestão Plena do Estado do Ceará e em não havendo discussão, foi aprovada a proposta com vigor a partir de 1º de janeiro/2001, em função da nova dotação orçamentária. **2 – Reorganização da Assistência à Saúde** - Dr. Renilson Rehem fez um retrospecto das etapas seguidas à elaboração da proposta, cuja síntese já fora apresentada em reunião anterior da CIT, relatando que o documento havia sido bem aceito, porem tinham sido observados dois pontos de dificuldade: a questão do hospital estadual, sob gerência estadual, localizado em município em Gestão Plena, no que respeita a gestão financeira do serviço, e o aspecto garantia da assistência à população não residente no município polo. Estas duas questões foram discutidas com o CONASS e o CONASEMS, sendo apresentadas as seguintes propostas: 1) o hospital da rede estadual deixaria de ter com o município a relação de compra e venda de serviços

e de faturamento de produção e passaria a existir um contrato entre estado e município, à semelhança do que está sendo feito com o FIDEPS, e se estabeleceria um acordo ou se definiria um valor a ser repassado mensalmente, com a sugestão de que esses recursos pudessem ser transferidos diretamente para as Secretarias Estaduais de Saúde. Embora não se tenha chegado a um nível maior de detalhamento a idéia é de que este hospital está obrigado a alimentar o sistema de informações e contratar metas e deverá ter um limite de segurança cuja variação seria em torno de 15%, para evitar que ele vá diminuindo sua produção, já que tem uma receita fixa. Foi sugerido como encaminhamento que se constituísse uma Comissão Tripartite: MS, CONASS e CONASEMS, para elaborar uma minuta padrão de contrato, contendo todos os elementos que denominamos de segurança, mas que não seja impeditivo de que em comum acordo o estado e o município possam acrescentar outros elementos e detalhar outras aspectos. A idéia é definir essas condições do ponto de vista da pactuação das metas e das transferências de recursos. Em relação ao 2º ponto: a partir de um comando único, para se organizar o sistema, atender adequadamente a população, e seguindo linha semelhante à do primeiro ponto, a título de exemplo: se o município é Pleno o comando deverá ser do município, caso contrário, o comando é do estado. O município tem responsabilidade definida sobre uma base territorial e sobre uma população geopolítica (política, jurídica e administrativa), porém ao ser ultrapassado o limite de sua competência, se coloca o papel e a responsabilidade do estado. Assim sendo, ficou uma aparente contradição de difícil solução, por isso foi apresentada uma proposta no sentido de que a relação com os prestadores em todos os níveis, desde o cadastramento, controle e avaliação seja do município-polo, e para os serviços relativos a população de referência, o estado contrata o município. Na reunião do CONASS foi feita a sugestão de que os municípios interessados no processo sejam intervenientes ou parte dessa contratação, participando do seu fluxo e encaminhamento. Foi sugerido que se constitua uma Comissão Tripartite para fazer a minuta padrão desse contrato, que foi discutida com o CONASEMS, onde foi levantada a idéia de que se pudesse ter uma Comissão única. A sugestão de encaminhamento foi de

que a proposta fosse aprovada em suas linhas gerais e que fossem constituídas as duas comissões, para que na próxima reunião ordinária da CIT já se pudesse aprovar essas minutas e concluir esse processo sob o ponto de vista de regulamentação. Colocou ainda que não havia a intenção de excluir ninguém do processo, que este, sob o ponto de vista de norma, precisa ser fechado neste ano, tendo em vista novos atores que farão parte do cenário e que em princípio não terão a mínima idéia do que já foi discutido. Se mostrou preocupado com comentários feitos nas reuniões do CONASS e CONASEMS, de que essas regras aprovadas não significam que a partir de 1º de janeiro tudo tem que estar nelas enquadrado, mas que somente foi iniciado um processo de ajuste. Algumas questões necessitam de 3 a 6 meses, outras não necessitam de prazo porque o próprio processo de organização, da constituição da micro região, quando houver acordo no estado, é aprovada na Comissão Bipartite. Tendo micro região, se propõe que seja avaliado e se aprovado, será implementado. O representante do CONASS para a região Sudeste José da Silva Guedes indagou se o comando único sobre um prestador não vai levar a separação do que é assistência de média e de alta complexidade onde houver prestadores com função mista? Comentou que no texto lê-se que cabe ao município dizer na microrregião qual é a tarefa que determinado hospital ou serviço irá realizar, o que fica impraticável, e que a seu ver isso é uma tarefa do estado, e que é preciso colocar com maior clareza como esse processo se dará. Outra preocupação é o problema de fixação de um valor que irá ser pago para um determinado prestador, já que a correção do valor não pode ficar de acordo com estilo FIDEPS que tivemos, e que penalizou alguns hospitais e algumas entidades. Dr. Renilson Rehem respondeu que no 1º momento não entendera que o município fosse definir a função dos prestadores no conjunto da microrregião, o entendimento é de que esse processo seja coordenado pelo estado com a participação dos municípios, ao que colocou Maria Helena Brandão, concordando com o Dr. José da Silva Guedes, que o texto deu essa conotação e que terá de ser mudado. Dr. Renilson Rehem disse que não houve intenção de se congelar o FIDEPS e que a estratégia é de dissociar da produção e sendo um contrato entre partes, poderá ter uma cláusula que permita

a sua revisão. No caso do FIDEPS, se a Secretaria Estadual de Saúde entender que o hospital está sendo prejudicado, pode a qualquer momento, rever e modificar. Na relação dos hospitais públicos e estaduais com o município, está sendo proposta uma cláusula no contrato uma margem de mais ou menos 15% em relação à produção de serviços. Assim, caso o hospital produza menos do que negociou ou ultrapasse uma linha vermelha que poderá estar entre 90 a 85%, o município poderá alterar o repasse de recursos. Se a produção se elevar e ultrapassar esse limite percentual, isto seria um indicador de que este valor deve ser revisto. Assim, é melhor se ter um limite de variação do que de prazo, e poderia ser pensado pela Comissão a produção em termos de metas e não necessariamente em termos de recursos. Dr. Neílton Oliveira informou que uma série de detalhes serão unificados na redação da minuta do contrato para não gerar dupla interpretação e sugeriu que seja garantido espaço no documento para a negociação regional em razão de suas questões específicas. Disse que a lógica de financiamento do FAEC deve ficar bem clara para se evitar o risco de ficar a Alta Complexidade financiada pelo Ministério, a Média Complexidade pelo estado e a Assistência Básica pelo município, e que com relação à questão da avaliação para se fazer o atendimento no circuito inteiro - Pré-natal, Assistência Obstétrica, Vacinação, Parto, cada Polo da microrregião tem seu referencial. O resolutivo de uma microrregião da região norte será diferente do resolutivo da região sudeste, portanto, tem de ser garantido o tratamento diferenciado para situações diferenciadas, por questão de equidade. Se houver um mínimo de população e um mínimo de serviços em determinada região e se considerar um critério único, naturalmente isso irá comprometer aquela região que tem ainda menor quantidade de serviço e menor densidade demográfica. Dr. Renilson Rehem relatou que o COSEMS levantou a questão das rotinas burocráticas, ou seja, as que precisam vir para o Ministério para serem publicadas em Portaria, as que podem ser resolvidas no estado ou no próprio município se o município é Pleno, para as quais será preciso fazer uma regulamentação específica. Disse que a seu ver há a necessidade de se estruturar melhor e de tirar o que está na Portaria nº 1516 que definiu a Alta Complexidade e lidar numa lógica de FAEC, onde o financiamento

não está automaticamente transferido para o estado ou para o município, mas que a gestão na lógica do comando único, vai estar com o estado ou o município. Quem vai cadastrar o prestador, avaliar, autorizar a prestação de serviço e o pagamento é o Gestor local, se vai ser o município quando Pleno ou o estado, é uma questão que precisa ser aprofundada. Quanto às questões que dizem respeito à microrregião, disse estar acordo que a micro região assistencial tenha no mínimo autonomia para garantir o parto, já que uma micro região que não tenha um leito hospitalar, que não consiga fazer um parto, é uma microrregião? Essa foi uma questão levantada pelo próprio CONASEMS. Outra questão colocada é de que se não forem estabelecidos limites, poderá se criar um estímulo ao surgimento de mini hospitais ou quase hospitais, que poderão criar problemas para o sistema manter. A partir de um mínimo de população, menos de 50.000 habitantes não se poderia pensar numa microrregião. Tentar fazer de tal maneira que todos os municípios pólos de uma microrregião tivesse como meta ter Raio X, Ultrassom, Laboratório e alguns leitos hospitalares, para que fossem Plenos e também Pólos deles mesmos. A representante do CONASEMS para a Região Nordeste Rosa Sampaio colocou que na organização da média complexidade e do FAEC não se fala muito em Bipartite, mas sim do que cabe a cada Gestor, seja estadual ou municipal, realizar. Na última página do documento, 5º item, está colocado que pelas regras da NOB e da Instrução Normativa, as Gestões Plenas continuam válidas> Perguntou se quando da elaboração da minuta do contrato, e se quando tudo estiver pactuado e definido, isso elimina a Bipartite? Em valendo a NOB, tudo teria que passar pela Bipartite: a pactuação, aprovação e a assinatura do contrato. Assim sendo, essa Comissão teria autonomia para definir esses fluxos burocráticos? O Secretário de Assistência à Saúde Renilson Rehem explicou que não existe intenção de eliminar a função ou a presença da Bipartite, porém entende que se cometeu um equívoco com relação ao seu poder e ao se admitir que todas as suas decisões são boas. Todo poder da Bipartite levou a que se tenha pactos que acomodaram interesses políticos ou pessoais, e nem de longe a população foi lembrada. Falou que a proposta em hipótese alguma teve a intenção de acabar com a Bipartite, mas sim de definir critérios e princípios claros

e lógicos. A definição da microrregião deve ser aprovada na Bipartite, para que não haja exclusão de um município ou outro, evitar questões tais como: na micro região está se propondo que o pólo fique a 300Km de distancia, enquanto que o pólo adequado fica a 50Km. Neste sentido, a Bipartite vai ser fundamental, no próprio acompanhamento e em outras séries de funções. O assessor do CONASS René José M. dos Santos colocou que no documento fala-se em recursos novos quando é citado o PAB ampliado e os procedimentos mínimos da média complexidade, e que isto deveria ser objeto de discussão dessa Comissão, para que fique bem claro. Falou que com relação ao financiamento gostaria de salientar novamente a questão do FAEC, que colocado como está, vai receber uma programação financeira definida com base em estudos por Unidade Federada. Ocorre que o FAEC, principalmente nos municípios que estão em Plena do Sistema, com incorporação de procedimentos que são de Alta Complexidade de acordo com a Portaria, é de demanda crescente com tendência natural de ser uma demanda que não pode ter protelado seu atendimento, e isto irá gerar a necessidade de se ter um planejamento de implemento de demanda. Na última reunião do CONASS já foi solicitada essa avaliação, qual seria a estratégia para garantir o atendimento dessa demanda crescente. O 3º ponto seria a forma operacional de como fazer o estado intervir neste processo de regulação do atendimento da população residente, tendo-se um gestor único em cada esfera. A tendência natural é de se trabalhar com o teto, estabelecido de acordo com as pactuações, termo de ajuste, ou nome que se dê a esse contrato, mas terá que ter algum mecanismo de ajuste, que tem de ser bem explicitado. Sugeriu que a Comissão ao fazer a discussão do contrato em termos de ajuste para a pactuação de valores dos não residentes, discuta a questão dos hospitais próprios já que eles estão dentro do sistema que vai funcionar para os não residentes referenciados. Dr. Renilson Rehem colocou que no seu entendimento, as duas coisas estavam misturadas: uma coisa é a elaboração da minuta, outra coisa é a negociação de contrato. O que está sendo proposto é a constituição de duas Comissões para elaborar a minuta. Neste caso concorda que na implementação, para sentar e negociar com os municípios, se se tem ali um hospital público

estadual tem que ser a mesma negociação, já que uma coisa está dentro da outra, mas na elaboração da minuta continua achando que duas Comissões funcionariam melhor. Não tem nenhuma questão fechada em relação a isso. Concorde que na hora da negociação essa Comissão não vai definir valores, prazos, critérios, como a coisa é feita. Em relação aos recursos novos, estimulam e tornam mais viável a implementação das mudanças que estão sendo discutidas. Eles não são produção porque não tem uma definição de geração de novas despesas, mas estamos discutindo nessa lógica de recursos novos no PAB ampliado e na parte desse percápita da média complexidade. Quando Dr. Barjas Negri achar que temos condições de discutir valores, discute-se. Ele já disse que aceita o princípio de incluir novos valores. Com relação ao FAEC, acho que ele precisa ser discutido e normatizado com a definição das responsabilidades inerentes a cada um dos 3 níveis de governo. A demanda crescente aumenta a responsabilidade do Ministério nesta área e deve-se ter um entendimento para fazer a negociação, uma vez que não dá para se trabalhar com a idéia de que não terá teto. Poderá se ter um teto virtual, limite ou outro nome que se queira dar, mas considerando que o Ministério tem orçamento, a União tem orçamento, existe um limite e todo mundo terá que trabalhar com isso. Há o pensamento de que ao fazer a ampliação dos procedimentos de FAEC poderia se estabelecer um limite virtual para fazer a negociação com o estado e no estado com os municípios em Plena, para que se possa fazer uma programação e um acordo que possibilite fazer o acompanhamento global e não por procedimento, permitindo ao estado e ao município em Plena refazer a sua programação interna sem depender de aprovação do Ministério, dentro de um limite. Na questão do mecanismo de ajuste da parte operacional do contrato em relação a população não residente e a população referida, a idéia é que funcionasse como uma conta corrente, e de encontro de contas mensais. Exemplo: 100 por mês e se em um mês gastou 98, no mês seguinte O Ministério passa 98; no mês seguinte gastou 105 aí passa 105, vai fazendo assim um encontro de contas mais permanente. Teria que ter um instrumento de acompanhamento, que entende não ser difícil de ser operacionalizado, e que não possa ser algo engessado que venha gerar prejuízo

ao município ou ao estado. O assessor do CONASS Ricardo Scotti colocou que nas últimas discussões os Secretários de Saúde em assembléia fizeram algumas ponderações: a questão sobre a Comissão não é a de ser uma, duas ou três, mais de que uma delas se ocupe da sistematização para incluir nos textos finais, minuta, documento, etc., e informou que o CONASS elaborou e distribuiu um documento dispondo sobre: 1) a referência de outros municípios, sugerindo que seria bom se houvesse a possibilidade de estabelecer um critério para a relação do estado com o prestador, via município, e que poderia se pensar em salvaguardas para o caso de não cumprimento do contrato à medida em que as vezes o estado não tendo outra opção, só lhe resta contratar município com os prestadores que estão lá dentro, onde existe uma briga política, ou o prefeito proíbe, ou o governador não permite. Não querendo entrar no mérito, a quais as instâncias se iria recorrer para essas salvaguardas? 2) os hospitais públicos sob gerência estadual e a Gestão municipal, concordando com aquela proposta, que se deixasse bem clara a ampliação desse conceito para os hospitais universitários que são públicos e podem estar nessa mesma situação. Outra questão levantada foi de como se poderia superar o estrangulamento da média complexidade, com a sugestão de que isso seja discutido junto com o FAEC. Em relação à questão da qualificação da micro região que já foi colocada e discutida, a proposta da SAS é a que mais atende, e deve ser a regra. Mas de novo gostaria de colocar a possibilidade de que em alguns estados que já trabalharam a micro regionalização, os recursos mínimos para aquele mínimo da média não esteja no mesmo município. Além do conjunto dos Secretários, o Secretário Estadual de Saúde do Ceará Dr. Anastácio Queiroz pediu para registrar que ele mudou de opinião ao estudar a situação do Ceará, quanto a obrigatoriedade de localização de serviços em um único município para se caracterizar o “Mínimo de Média Complexidade” . O Secretário Estadual de Saúde de Mato Grosso, Dr. Júlio Müller Neto se posicionou no mesmo sentido, exemplificando que em municípios limítrofes pequenos esses recursos podem estar dispersos, sem prejuízo da capacidade de atendimento do conjunto deles. Estudar esta proposta é muito diferente de autorizar a cada um fazer como quiser. Por fim o financiamento:

combinou-se discutir primeiro a lógica e depois o financiamento, mas será necessário a compreensão de se haverá ou não recursos novos. O representante do CONASS para a Região Sul João Cândido colocou que existe uma realidade que mereceria estudo - as migrações estaduais que ocorrerem fora dessa micro região, mesmo que ela tenha condição para atendimento e estabeleça isso. Exemplo: o cidadão, por escolha, prefere atravessar a divisa e ser atendido no estado vizinho. A existência do cartão do SUS permitirá um mecanismo de controle, mas como trabalhar essa questão? Dr. Renilson Rehem colocou que a intenção é de que se tenha a APAC a partir de janeiro de 2001, e pensando em termos de valor, juntando toda AIH e APAC (Radio, Quimioterapia, TRS e Medicamentos Excepcionais), terá um grande volume e isto irá ajudar, até que se inicie o cartão SUS. Fora a exceção, a população irá procurar um lugar mais próximo onde será melhor atendida. Mas mesmo que tenha uma micro região constituída, se se tem na fronteira, ao atravessar uma ponte, um Pólo magnífico de assistência para onde migra a população, tem de se buscar um mecanismo de compensação e de entendimento entre os estados, e neste caso poderia ser elaborada outra minuta de contrato que não deveria ser de Gestor estadual com Gestor municipal de outro estado, deveria ser mantida uma certa lógica, para se evitar problemas. Falou que estava de acordo com as colocações do Dr. Ricardo Scotti, com exceção da última, por achar que ela reflete mais os interesses dos Gestores que os da população, e que não gostaria de morar numa micro região e ter que ir a vários municípios para fazer tratamento. Como não se trata de emergência, o estado poderá ir revendo e recompondo de modo progressivo, e a seu ver só a parte do laboratório pode ser flexibilizada porque no município que tiver ultra-som, raio X e um posto de coleta adequado, não interessa em que local será realizado o exame, desde que tenha transporte adequado e retorno imediato da informação. Disse que se poderia começar a pensar a relação entre públicos, não importa se é do estado ou do município, se o hospital é estadual, municipal ou federal e adotar essa lógica em todos os casos, o que seria um enorme avanço no SUS. Entende que foi uma necessidade, uma lógica de financiamento ao longo do tempo, mas não tem nada mais anti - SUS dentro do SUS do que um hospital

municipal vender serviços para o estado. Néilton Oliveira perguntou se nesta lógica o FAEC estaria dentro do chamado teto hospitalar ou estaria separado ainda, ao que foi respondido pelo Dr. Renilson Rehem que no seu modo de pensar ele estaria dentro da contratação e do limite, não do pagamento, na mesma lógica das transferências anteriores, mais que este detalhamento deve ser aprofundado. Néilton Oliveira ponderou que discutiu-se até agora o município Pleno contratando um hospital estadual. Na situação inversa, sendo o estado o Gestor de uma região, onde tem um hospital municipal, a lógica é a mesma, mas muda o contratado e o contratante e indagou se a lógica seria tanto para hospital estadual como para hospital municipal, dentro do pensamento do limite de 15% para mais ou para menos? Dr. Renilson Rehem respondeu que essa idéia surgiu na questão da relação da preservação do comando único e para viabilizar uma relação pacífica entre o estado e o município. Se houver consenso e se for aprovado será uma decisão fantástica, isso que está sendo proposto e que foi aprovado na relação do município com o hospital estadual, valendo para o gestor público e o hospital público, não interessa em que condição. O SUS não é uma autarquia federal que paga os serviços prestados pelos estados, municípios e prestadores privados, o SUS é uma conjugação de poderes e esforços das três esferas do governo para fazer o sistema público de saúde de que tanto a população precisa e que reclama com razão. Superar tudo isso, preservando uma lógica de Gestão e de responsabilidade de produção de serviço, mas não tendo uma relação de compra e venda de serviço é um avanço fabuloso. A questão de salvaguardas que o Scotti está propondo a Comissão vai discutir, mas temos que prever nesse instrumento absoluta desconfiança do estado e dos municípios. Maria Helena Brandão sugeriu que se definisse uma coordenação única para as duas Comissões e que elas interagissem entre si, considerando que o objeto de uma é muito mais para dentro da relação do hospital e a outra sistêmica. Outro compromisso que queremos fazer é de que aprovadas essas questões mais gerais, nós já estamos rescrevendo o documento conceitual mais amplo. Estamos recuperando o documento inicial e agregando todas as contribuições que vieram neste período, e acredita que estará sendo disponibilizado esse documento na

próxima reunião da CIT. Depois que as duas Comissões concluírem o trabalho, ficará mais fácil preparar os instrumentos normativos que são as Portarias que irão regulamentar esse processo. Dr. Renilson Rehem falou que gostaria que na próxima Tripartite já estivessem prontas as propostas das Portarias, porque esses dois instrumentos vão ser anexos e se não se fizer a 1ª discussão nesta reunião de novembro, o processo não será concluído neste ano. O representante do CONASEMS para a Região Sudeste Gilberto Natalini colocou que a opinião do conjunto dos diretores do CONASEMS e das pessoas que foram consultadas no decorrer desse processo é de que ele vai representar um salto importante na organização do sistema, já que contem as previsões e propostas que a própria NOB/96 já colocava. Na hora que for feito o contrato entre estado, município e pólo, os municípios que vão usar aquela micro região ou que vão se utilizar daqueles serviços estarão executando a PPI de uma forma concreta. Disse que a formação dessa Comissão é de uma importância enorme, porque na hora de colocar na prática, quem é quem, quem paga quem, como é que faz, irão surgir várias questões que no momento não aparecem. Com relação à questão da Bipartite disse que a preocupação é de não esvazia-la, já que a despeito de todas dificuldades, truculências de um lado ou do outro, que possam ter acontecido, foi a melhor coisa que se conseguiu construir para debater o sistema nos estados. Finalmente colocou que a idéia do prazo é importante e que a CIT tem a responsabilidade de dar encaminhamento para que se possa iniciar os pactos no começo do ano. Informou estar reassumindo suas funções no CONASEMS dentro da legalidade e só assumirá como parlamentar a partir de 1º de janeiro. O representante do CONASS para a Região Centro-Oeste Fernando Cupertino reforçou a fala do Dr. Gilberto Natalini de que houve um grande avanço, há muitos pontos de concordância, os obstáculos maiores foram transpostos e mesmo sabendo que haverá sempre questionamentos isso força o entendimento permanente. Dr. Renilson Rehem concordou que poderia se fazer uma Comissão maior e ela mesmo se subdividir e definir o fluxo do trabalho, ficando a mesma assim formada: 04 representantes do Ministério, 04 do CONASS e 04 do CONASEMS. Disse esperar que na semana seguinte todos tenham recebido o

ofício que foi enviado e que estará sendo em São Paulo no dia 30 (5ª feira) e 1º (6ª feira) no Seminário Internacional sobre Centralização e Provisão de Serviço, onde serão apresentadas as experiências do Canadá, Inglaterra, Itália e Espanha, sob o ponto de vista de financiamento e provimento de serviços, e seria interessante a participação dos Secretários Municipais. Sugeriu que se mantenha a reunião da Tripartite no dia 23 e que a Comissão se reúna nos dias 16 e 17. Maria Helena Brandão colocou que se conseguiu trazer as minutas dos contratos, mas acha que não dá para preparar o conjunto das portarias, devendo ser regulamentadas as questões do plano de regionalização e as diretrizes básicas nacionais. A alta complexidade terá que ter outra portaria. Dr. Renilson Rehem disse estar pensando na portaria mãe, contendo todos os princípios básicos, tudo que está acordado e com os dois anexos desses dois contratos, para que se pudesse discutir no dia 23, ou seja, o quadro geral tem que ficar pronto antes. Caso não dê para fechar alguma dessas portarias em dezembro, poderá ser fechada em janeiro. Propôs que a reunião da Tripartite seja no dia 29.11.00 e a de dezembro no dia 15, o que foi aceito. **3. Planos de Metas:** O Coordenador da Reunião Dr. Otávio Mercadante colocou que embora tenha havido um grande avanço na discussão do Plano de Metas, não há condições de fechamento nessa reunião. Foi distribuído um texto preliminar onde o grande questionamento fica na discussão do agrupamento dos indicadores, de acordo com as prioridades da Política Nacional de Saúde. O Secretário de Políticas de Saúde Dr. Cláudio Duarte falou que o objetivo da agenda de prioridades que se pretende construir de uma maneira descendente seria uma discussão nacional envolvendo os Conselhos de Saúde, Gestores e as Bipartites, que possa servir de guia para os Planos de Saúde e Relatórios de Gestão. Este trabalho do Ministério já foi feito junto ao CONASS e CONASEMS no ano passado, com a definição de quais as prioridades nacionais que teriam de ser buscadas, com indicadores nacionais apropriados para avaliar, e metas que pudessem ser pactuadas num processo de construção coletivo, envolvendo os Conselhos de Saúde, que são órgãos que definem as micro diretrizes. O documento distribuído contém um conjunto de prioridades em foco no 1º momento, sem esquecer da discussão técnica dos indicadores e das

metas, que sem dúvida será fundamental para compor o documento final a ser apresentado no Conselho Nacional de Saúde. Existem algumas prioridades que trabalham o campo de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e outras que trabalham os sub-componentes do Sistema Nacional de Saúde, como a questão da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e o Sistema de Informações. Foram acrescentamos outras 2 prioridades, ponto de corte no elenco de problemas de saúde, problemas estes que são mais amplos e que envolvem um conjunto de ações mais articuladas, como e o caso da promoção à saúde. Focou o que não está no texto que são as prioridades da redução da mortalidade materno infantil, construção nacional e regional do controle dos agravos, redução e controle de alguns agravos que são importantes, perpassando obviamente por algumas prioridades que dizem respeito à reorganização, seja da Atenção Básica, da Média ou da Alta Complexidade e para isso seriam construídas algumas metas e indicadores específicos. Maria Helena Brandão disse que estará recebendo contribuições do CONASS e CONASEMS, o que irá sem dúvida melhorar o trabalho, e que será feita uma revisão do documento já consolidado, e modificações caso sejam necessárias e até a próxima reunião da Tripartite, o Ministério já deverá ter feito a discussão de todas as contribuições recebidas. Dr. Otávio Mercadante ponderou que está havendo um atropelamento em virtude do cronograma definido, e que o Dr. Cláudio Duarte colocou uma questão substantiva, mas que não é só uma questão de técnica de saber como você dá entrada aos indicadores, já que desde o começo fez-se a opção de que este plano de metas seja um processo político, e obviamente temos de procurar saber quais são os indicadores e metas e onde eles se colocam. O que se esclarece mais para os Conselhos e população são as diretrizes fundamentais da construção da Política Nacional de Saúde que é a questão mais importante, porque o documento vai ser apresentado numa lógica de um outro agrupamento. Citou então um exemplo concreto: o primeiro pacto que se fez de indicadores foi com os Secretários Estaduais de Saúde no início da gestão do Ministro, e houve dificuldade naquele momento porque cada um queria estar marcando um aspecto de uma Política Nacional de Saúde que considerava importante constar do pacto.

Partindo da definição de uns poucos compromissos para uma descrição de vários compromissos que foram fixados naquela época, ficou demonstrada a dificuldade para elaborar um pacto, e a ele parece que se não houver uma extensa explicitação dos compromissos, não se vai conseguir fazer aquele pacto idealmente. O 2º momento dessa idéia, foi quando da pactuação da Atenção Básica, onde se procurou uma série de indicadores e houve a percepção de que essa era a base para construção dessa agenda de prioridades, e desta forma, o grupo foi construindo as aberturas que tiveram a lógica do PPA e também desse movimento inicial de pactuação de Atenção Básica. Quando se coloca por exemplo a prioridade de redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, há que se fazer entradas diferenciadas. Outro exemplo muito concreto: assistência materno infantil caminhando na lógica só de Atenção Básica, não serão incluídos os indicadores de assistência ao parto, eles estarão incluídos nessa outra lógica de entradas, ou seja, na organização da assistência hospitalar. Entretanto, se a abertura passa a ser prioridade - redução da mortalidade materno infantil, o indicador da assistência ao parto será incluído dentro dessa abertura. O que se quer explicitar para os Conselhos e para a população são as prioridades da Política Nacional de Saúde. Assim, essa agenda de prioridades que está sendo encaminhada nesta reunião é o 1º desenho, sujeito à crítica. É uma proposta bastante simples, com questões técnicas, questões mais fáceis de serem trabalhadas e a questão substantiva, a do encaminhamento, onde a participação do CONASS e CONASEMS seria fundamental. Vendo esse documento como preliminar, onde as próprias questões das entradas teriam que ser revistas, a própria questão dos indicadores não trata de se acrescentar indicadores para determinados aspectos que foram contemplados, mas ao contrário, é um esforço coletivo muito intenso de redução desses indicadores. A proposta é de que o CONASS e CONASEMS indiquem 2 representantes cada, para elaborar uma proposta mais concreta para a reunião do dia 29.11.00, onde seria fechada. Dr. Cláudio Duarte ponderou que o importante é consolidar a proposta incluindo as sugestões dessas duas outras prioridades levantadas, e enviar para todos os presentes e que a discussão dos indicadores e das metas é consequência de um

1º desenho do que foi definido como prioridades. Disse que a tarefa mais difícil e também desafiadora, será de reunir 60.000 Conselheiros para discutir e qualificar a discussão nos Conselhos em torno das prioridades de saúde, e que está se abrindo um novo ciclo, uma etapa importante de 10 anos do SUS, com uma perspectiva estratégica de novas administrações, novos municípios, novos estágios de descentralização e de aperfeiçoamento do SUS. Sugeriu que essa questão fosse pautada na Conferência Nacional de Saúde, até como uma das metas dessa Conferência, para dar maior solidez às resoluções. Maria Helena Brandão relatou essa Comissão não funciona assim, e que o Departamento de Descentralização a pedido do Dr. Mercadante está fazendo a consolidação das contribuições. Precisa ser acertado como funcionará daqui para frente, já que acredita que não possa funcionar na mesma lógica, por não ser atribuição específica do Departamento. O Ministério terá que se organizar de maneira diferente para coordenar essa Comissão, e gostaria que a SAS estivesse participando, como parte do Ministério. Dr. Cláudio Duarte disse acreditar que todas as contribuições que vieram de todas as áreas do Ministério tem de ser resgatadas, e que nessa questão das prioridades, não se trabalhou apenas internamente no sentido de pegar as várias áreas e fazer uma agregação burocrática que fosse um reflexo do Ministério, a discussão foi muito séria e relevante. As memórias que estão na SAS serão transferidas para que a Comissão a ser formada possa trabalhar com a base toda, podendo rever e mesmo refazer, se for o caso. Deve ser feita uma retificação na 1ª página, na questão da cobertura vacinal anti influenza cuja situação atual é de 62,1 e aumentar para 70%, já que não foi incorporada a correção e também para a DPT. Dr. Otávio Mercadante propôs a seguinte redação: aumentar a cobertura vacinal em no mínimo 75%, em 100% dos estados e municípios, como meta perfeitamente viável. O Secretário Estadual de Saúde de Pernambuco Dr. Guilherme Robalinho falou que já existem indicadores importantes, sendo complicado falar em acrescentar mais alguma coisa e que gostaria de lembrar que não houve avanço maior nos últimos tempos do que a proposta do governo enviada ao Congresso Nacional que contempla no Orçamento da União recurso

para saneamento e abastecimento de água para as comunidades que tenham IDH baixo, e dentro daqueles indicadores da FUNASA de mortalidade infantil elevada, e de doenças de transmissão hídrica. Pela primeira vez está sendo enviada uma proposta de que esses recursos serão conveniados via Ministério da Saúde com as Secretarias Estaduais de Saúde, o que muda substancialmente o perfil. Dr. Otávio Mercadante ponderou que falar em redução de mortalidade materno infantil, falar em agravos à saúde, falar em saneamento são prioridades óbvias que tem de ser traduzidas em indicadores que explicitem as prioridades de uma forma clara, e que essa proposta pode ser incluída através da FUNASA, com a definição do indicador que dê melhor resposta. Sob sua coordenação será feita uma reunião e aguarda uma indicação de representação do CONASS e CONASEMS, com perfil técnico, político, para que não se fique retido na lógica do planejamento, e se pense politicamente no objetivo principal. Dr. Cláudio Duarte informou que a minuta de Decreto distribuída na última reunião da CIT e também encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde, esta revisada. Dr. Fernando Cupertino solicitou informações sobre o ressarcimento dos Planos de Saúde ao SUS e sugeriu que o assunto fosse agendado numa próxima reunião da CIT. Dr. Renilson informou que o ressarcimento encontra-se em andamento e concordou que o assunto precisa ser discutido, já que existem muitas ações tramitando na justiça. **4 - Lei de Responsabilidade Fiscal** - Dr. Otávio Mercadante fez a apresentação do tópico que versa sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, e a distribuição de dois textos contendo respectivamente uma síntese do assunto com comentários feitos pela Secretaria de Investimentos em Saúde - SIS, e uma memória da reunião realizada no Conselho Nacional de Saúde - CNS com a participação do pessoal da SIS, do Tribunal de Contas da União-TCU, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, do CONASS e CONASEMS. Dr. Marcelo (SIS/MS) colocou que na reunião mencionada foram discutidos os pontos mais polêmicos da LRF/Lei Complementar nº 101 que tem impacto direto sobre a área da Saúde, sendo levantadas 3 questões principais, relativas às Transferências Voluntárias, aos Restos à Pagar e à Limitação de Gastos com Pessoal. Com relação às Transferências Voluntárias, a Constituição Federal determina uma

limitação da sua utilização para pagamento de pessoal, e é preciso destacar que estas são transferências que não derivam de uma determinação constitucional legal. As transferências fundo a fundo no âmbito do SUS não tem base constitucional ou legal, e o art. 25 da Lei de Responsabilidade Fiscal, define claramente que não são transferências voluntárias. Foi consenso nessa reunião de que para efeito da LRF, o caput desse artigo cria uma nova classificação para os recursos de transferência no SUS, então de um lado eles permitem a utilização para pagamento de pessoal e de outro eles não ficam sujeitos a uma série de restrições impostas pela LRF, tais como a questão da adimplência com todas as obrigações providenciárias, etc., já que o parágrafo 3º desse artigo excetua as áreas da educação, saúde e assistência social das sanções previstas na Lei. As transferências efetuadas mediante instrumento convenial entre o Ministério da Saúde, os Estados e Municípios e/ou emendas parlamentares, segundo a interpretação do representante do Fundo Nacional de Saúde, são transferências voluntárias, e portanto, sujeitas à limitação da Lei. Com relação aos Restos à Pagar, a lei estabelece limitações à sua existência, porém não os extingue. Essas limitações são: a necessidade da comprovação de disponibilidade de caixa para o pagamento da despesa contraída no último quadrimestre, e a realização de empenho ainda durante o exercício fiscal. Há ainda uma discussão com relação à obrigação contraída no final de dezembro junto à rede conveniada que vai gerar débito para o próximo ano, e neste caso as interpretações dos Tribunais de Contas podem variar. Como este tipo de despesa está previsto e faz parte de um calendário de transferência que é regular é de se esperar que em função da previsão do crédito logo no início do próximo exercício não haja problemas com esse tipo de situação. A Limitação de Despesas com Pessoal é o ponto mais difícil de ser superado. Os artigos 18, 19 e 20 estabelecem os limites nas 3 esferas de governo para gastos com pessoal: 60% para os municípios, descontados 6% para o legislativo ficam 54%, e essa limitação, dependendo do tratamento que for dado, pode inviabilizar certas características do SUS. O município é por excelência o ente prestador de serviço, então há de haver uma concentração de pessoal na ponta para realizar a assistência à saúde. Por outro

lado, hoje nós temos uma situação em que há pessoal da União e pessoal dos estados cedidos a municípios, que irão se aposentar daqui a 10/12 anos, e que terão que ser repostos pelo município. Então, aqueles municípios que já estão no limite de 54% terão problemas. Outro problema é com relação aos programas como o ACS e o PSF que são intensivos em mão de obra, e pressupõe portanto uma expansão do quadro funcional dos municípios. Há ainda a nuance relativa aos incentivos financeiros, sobre os quais os representantes dos Tribunais entenderam que a lei é clara e que estes também estão limitados a 54%. Nesse sentido, ficou deliberado que o Ministério da Saúde fará novos seminários e reuniões com os Tribunais de Contas da União e dos Estados para debater esta situação *sui generis*, decorrente da forma como está estruturado o funcionamento e a prestação de serviços na área da saúde. Ricardo Scotti ponderou que com relação aos restos à pagar, é dito que nos 2 últimos quadrimestres não se pode contrair obrigação de despesas que passe para o outro governo, e indagou se nos 2 primeiros pode. Dr. Marcelo respondeu que a Lei pressupõe que as obrigações contraídas vão ser saudadas no mesmo exercício fiscal, e como não está expresso na Lei, pode haver interpretação jurídica diferente, porém a LRF é um amplo código de conduta que visa disciplinar algumas posturas, então uma demanda neste sentido não teria acolhida satisfatória por parte do poder judiciário, já que o espírito da Lei é a responsabilização do gestor que contraiu a despesa. Dr. João José Cândido indagou como fica a situação de estados que tem uma grande rede de saúde na área hospitalar, que fazem uma licitação no 1º quadrimestre, e os contratos de fornecimento cobrem 1 ano, ficando um grande resto a pagar nos últimos meses? Dr. Marcelo respondeu que: se houve licitação há dotação orçamentária, foi realizado empenho e há disponibilidade financeira. Se existem os 2 primeiros mas não há disponibilidade financeira, porém se é previsível a recepção do fluxo, não há problema. Caso contrário, haverá problema e vai depender da interpretação do Tribunal de Contas do Estado, que é soberano. Dr<sup>a</sup>. Rosa Sampaio colocou 2 questões: a primeira com relação à contratação de agentes comunitários e de agentes de endemias, que no caso do seu estado são celetistas e o incentivo não cobre o gasto, e a segunda com relação à

competência dezembro que é recebida à partir do dia 15 de janeiro, então é receita de 2000 ou 2001? Dr. Marcelo esclareceu que a competência dezembro é receita 2000. Dr. Guilherme Robalinho indagou se poderia escrever restos à pagar com esse dinheiro que não está no caixa. Dr. Marcelo disse que é essa a interpretação que foi tirada na reunião, porém, como é inerente ao mecanismo de financiamento na saúde e há uma regularidade e uma previsibilidade, neste caso pode. Com relação à contratação dos agentes, não importa o regime adotado, fica nos 54%. Dr. Robalinho chamou atenção para a necessidade de os 3 níveis se anteciparem em consultas para não ficar numa posição diferente. Comentou ainda sobre a existência de uma grande quantidade de estados com responsabilidade de gerência de unidades, que tem uma carga enorme de recursos humanos, como é o caso do estado de Pernambuco que compromete 9,5% do seu orçamento com a saúde, e é um estado que tem a mínima capacidade de fornecer recurso para custeio. Dr. Marcelo ponderou que há a necessidade de um aperfeiçoamento legal para a solução do problema de pessoal no âmbito do sistema de saúde e que na discussão com os representantes dos Tribunais de Contas, ficou claro que tal como está hoje não há solução, a não ser que se tenha uma determinação de ordenamento diferenciado para o SUS. É fundamental que cada estado faça uma provocação junto aos Tribunais de Contas, porque antecipar o problema junto aos conselheiros é essencial. Foi muito rica a discussão com TCU tanto na vertente da Lei da Responsabilidade Fiscal quanto na vertente da Emenda Constitucional. Ambos os temas alteram o patamar de discussão do financiamento na área de saúde, e nós carecemos de instrumentos para fazer essa discussão. O SIOPS se propõe a ser o instrumento que possa fornecer toda esta base para subsidiar a discussão das finanças. Temos pela frente um trabalho de regulamentação da Emenda, que é a discussão de uma Lei Complementar, complexa, a ser feita no âmbito do Congresso Nacional, e o melhor instrumento que temos é a informação. O assessor do CONASEMS Joellyngton Medeiros colocou que um dos aspectos mais importantes dessa reunião é o de se assimilar a idéia de que cada Tribunal pode ter juízo próprio da Lei, assim como cada conselheiro. Vai ficar a mercê do entendimento interpretativo da legislação brasileira e da interpretação daquele

conselheiro que está lendo naquele momento. Há ainda a preocupação com a interpretação que o Juiz de Direito do interior vai dar mediante uma denúncia oferecida a um promotor público. Alguns secretários já estão sendo notificados pela questão dos medicamentos. Foram levadas 3 preocupações do CONASEMS à reunião: 1) a questão da transitoriedade que é complicado do ponto de vista da preparação do município e da aplicação; 2) a questão de pessoal, que preocupa porque existe o programa de expansão dos serviços de saúde, levando-se em consideração que a maioria dos municípios já ocupa 50/54% e até mais do que é permitido pela Lei para gasto com pessoal; 3) e o problema de rateio com pessoal em unidade pública de saúde decorrente de serviços prestados, que fica sem resposta. Preocupa a inclusão na Lei da classificação colocada como "outras despesas com pessoal" que fala em terceirização mas não a define de uma maneira muito clara. Se o entendimento for de que a terceirização é tudo aquilo que pode ser feito por servidor público, qualquer serviço ou procedimento realizado pode ser incluído em outras despesas com pessoal, e isso cai dentro das despesas com recursos humanos, e caso seja ultrapassado o limite de 54% terá que ser reduzida a carga de profissionais de hospitais, revistos os contratos de terceirização etc., o que preocupa porque isto é coisa para ser regularizada daqui a um mês. Dr. Marcelo explicou que o Tribunal de Contas é um órgão auxiliar do Legislativo Estadual/ Federal, e que tem autonomia entre si e entre a esfera federal e estadual. Portanto não há nenhuma possibilidade de uma normatização que vincule a interpretação dos Tribunais. Tem de haver um processo de esclarecimento e discussão junto aos Tribunais para que se possa ganhar dos conselheiros uma interpretação adequada para a área da saúde, e citou o caso do Mato Grosso do Sul, onde o Tribunal de Contas vai utilizar o SIOPS como ferramenta para acompanhamento da vinculação de recursos. Isso partiu de uma iniciativa do Secretário Estadual de Saúde negociando com os conselheiros, e esse é o caminho sinalizado para nós. Dr. Néilton Oliveira discorreu sobre as dificuldades dos municípios em função da LRF, enfocando os problemas relativos a recursos humanos, ao pagamento do código tipo 7, aos medicamentos, ao sistema de informação em saúde, etc., e frisou que o

diagnóstico embora já esteja mais ou menos estabelecido não está ainda uniformizado, havendo agora a necessidade de uma medida emergencial que envolva os três níveis de governo. Disse que os gestores tem uma grande respeitabilidade, uma vez que mesmo não tendo instrumentos legais, foram legalizados por tabela e que a luta pela PEC da saúde já havia resultado na sua legitimação em muitas assembleias estaduais antes de ser votada no Congresso. Não existe instrumento legal que legitime a presença do CONASS e do CONASEMS nas CIBs e na CIT, mas a Lei 8142 regulamenta esta participação, e o artigo 25 da LRF regulamenta indiretamente os recursos do SUS. Então tem-se de travar uma batalha de caráter emergencial no campo jurídico-legal, no campo interpretativo e, principalmente no campo político, havendo a necessidade de ter uma resolução da Tripartite hoje, e daqui a pouco também do Ministro da Saúde e do Presidente da Republica, no sentido de salvaguardar as situações que darão condições de sobrevivência na construção do SUS. Dr. Renilson Rehem colocou que a LRF é um enorme avanço e que dos problemas colocados muita coisa será resolvida numa fase de acomodação e interpretação, e concordou que o Ministério, o CONASS, o CONASEMS e também os estados, devem promover reuniões e debates com as áreas envolvidas. Disse que a seu ver o maior problema é a questão de pessoal, e que o CONASEMS deveria tentar apresentar algum projeto de lei alterando os limites em relação aos municípios, porque na verdade está sendo feito um movimento contrário a isso, principalmente no que diz respeito aos pequenos municípios cujo recurso é exclusivamente para custeio, e o investimento é feito com recursos do estado ou transferência da União. Tem de haver uma avaliação porque se na saúde o município é o grande responsável pela execução das atividades, 54% para pessoal não é realista e vai inviabilizar o sistema. Dr. Marcelo disse que a Lei representa um grande avanço por proporcionar transparência às contas públicas, com todos os ganhos de incremento de controle social, e que a saúde teve um tratamento privilegiado na lei, uma vez que ela fala da vinculação dos gastos com a saúde antes mesmo da existência da Emenda Constitucional. A lei também possibilita a ampliação de despesas sem previsão orçamentária, considerando que na área da saúde o

serviço tem prestação continuada. O técnico da área jurídica da SES/RS Bartello fez um retrospecto sobre as leis e emendas que serviram de base para a formulação da LRF, e ponderou que do seu ponto de vista, a lei é inexecutável antes de dois anos, porque não há como compatibilizar esse momento de final de exercício com a mesma. Tanto é verdade que todas as ADINCS que estão no Supremo Tribunal Federal, tiveram apenas algumas liminares julgadas, mas o mérito não será julgado em menos de um ano, porque ele vai esperar a acomodação e o que vai acontecer. Temos de ter bem clara esta avaliação, e nesse sentido o art. 18 no seu parágrafo 1º, cria uma figura que não existe no direito brasileiro, que são os Contratos de Terceirização de Mão de Obra. Portanto, a lei é importante mais deixa algumas dúvidas e as interpretações são muito diversas. Dr. Ricardo Scotti colocou que a lei tem muitos aspectos positivos mais que se deve ter certa cautela porque o grande objetivo atendido por ela foi subordinar estados e municípios à política monetarista do governo federal, já que a autonomia dos entes federados criava barreiras para isso. Considerando que os Tribunais de Contas dos estados são plenamente autônomos, caso os secretários os incitem vamos ter posicionamentos os mais diversos e esdrúxulos possíveis. Em função do que foi exposto teremos de criar uma jurisprudência, ou tirar um conceito ou pareceres, para que ao incitarem os tribunais, os prefeitos, secretários e governadores possam fornecer um embasamento que justifique o entendimento, identificando os problemas e as soluções alternativas possíveis e talvez até um parecer prévio do TCU, mesmo sabendo que ele não tem valor de determinar aos outros tribunais, mas poderia instrumentalizar a decisão. O aspecto do resto à pagar é um problema, mais tem o reverso da medalha que é o início à pagar: quem assume uma prefeitura sem contrato, sem orçamento e não herda as condições para efetuar os pagamentos correntes, vai estar 3 a 4 meses impedido de pagar qualquer coisa, gerando um colapso. Por fim, queria colocar a questão de se trabalhar a LRF, a PEC e o SIOPS, uma vez que há o temor por parte do CONASS de que isso trabalhado isoladamente naufrague nas 3 iniciativas. Nesse sentido o CONASS enviou um Ofício ao Ministro da Saúde porque embora a regulamentação formal seja prerrogativa do Congresso, nós podemos ter uma

regulamentação informal através de um pacto. Dr. Marcelo colocou que as 3 questões andam juntas e que sua dissociação causa prejuízo porque todas remetem à discussão do financiamento da saúde, e que por iniciativa do Núcleo Estadual do SIOPS do estado de São Paulo, será realizada uma reunião com a participação da SES/SP, Tribunal de Contas, Ministério Público, FUNDAP, SEAD, e SEPAN para discutir estas 3 vertentes, e que essa discussão será agendada nos cursos de capacitação de novos gestores e prefeitos, através dos núcleos estaduais do SIOPS. Dr Gilberto Natalini colocou que todos devem ser a favor de toda iniciativa que elimine corrupção e desvio de recursos públicos, mais não se pode concordar que um gestor seja condenado por estar expandindo rede de serviços para atender à população da sua área de gestão. Não é um problema específico da saúde, é um problema de toda a administração pública, e na nossa situação particular, temos questões específicas, candentes e agudas. Como disse o Dr. Robalinho, até serviu para que acordássemos para uma série de problemas que estamos discutindo há tempo, mas sem tomar decisões mais resolutivas. Do ponto de vista dos municípios existem problemas que estão explodindo agora e que são gravíssimos, para os quais devem ser encaminhadas discussões e soluções conjuntas, sob pena dos municípios se desobrigarem de assumir determinadas responsabilidades, como a expansão do PSF, etc. É uma questão fundamentalmente política e sua resolução também. Dr. Fernando Cupertino ponderou que como a lei está em vigor é preciso que se faça uma uniformização do entendimento pelos Tribunais de Contas, que o Ministério promova um debate com os Tribunais de Conta ainda que não haja o efeito vinculante entre os mesmos. Dra. Darci colocou que o maior problema do setor saúde é a despesa com pessoal, e que de fato, a questão tem que ser resolvida do ponto de vista político, mas é preciso entender o sentido da lei quando for encaminhada essa discussão. Dr. Mercadante concluiu que a discussão gerou 2 tipos de encaminhamento: a solicitação de que saia dessa reunião a convocação de um fórum nacional para discutir especificamente as repercussões da LRF para o Sistema Nacional de Saúde, com a participação do TCU, Tribunais Estaduais, e membros das Comissões Orçamentário/Financeira e de Seguridade do Congresso

Nacional. Este seria o encaminhamento político da iniciativa do Ministro da Saúde. O outro, que cabe ao CONASS e CONASEMS, seria uma articulação em cima da questão municipal. Dr. Néilton Oliveira disse que seria importante que houvesse uma resolução onde os 3 entes compreendessem a seriedade da situação e o risco que está colocado, principalmente para a prioridade nº 1 que é a expansão da atenção básica. Esta é a resolução que uniformizaria a compreensão não só para efeito interno do Sistema de Saúde, mas também para fora. Dr. Cupertino ponderou que a posição do CONASS não poderia ser diferente, e que deveria ser colocado no papel que louvamos os avanços que a lei representa, mais ao mesmo tempo nos inquietamos com toda com toda essa sorte de problemas aqui colocados. Dr. Marcelo disse que com relação as várias questões que carecem de regularização, está claro que a Emenda Constitucional remete várias questões para legislação complementar. Ficou acertado que os Drs. Néilton, Marcelo e um representante do CONASS farão a redação de um documento sobre a repercussão da Lei de Responsabilidade Fiscal na construção do Sistema Único de Saúde.

**Visto:**

**Ministério da Saúde**

**CONASS**

**CONASEMS**



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

## COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - CIT

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 07/11/2000

### RESUMO EXECUTIVO

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite Dr. Barjas Negri e o Suplente Dr. Otávio Mercadante conduziram a 1ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite -CIT, realizada no dia 07.11.2000.

#### **Pontos da Pauta:**

##### **1 - Proposta de Regionalização da Assistência à Saúde -**

O documento apresentado na Reunião da CIT de 19.10.00 foi discutido com o CONASS e CONASEMS e dois pontos de dificuldades foram levantados: a) a questão do hospital estadual, sob gerência estadual, e localizado em município habilitado na condição de Gestão Plena, no que respeita a gestão financeira do serviço; b) a questão da garantia da assistência à população não residente no município pólo. Foram apresentadas as seguintes proposições: 1) que o hospital deixe de ter uma relação de compra e venda de serviços/faturamento de produção, e passe a existir um contrato entre o estado e o município definindo um valor a ser repassado mensalmente; 2) no caso da assistência à população não residente, que se estabeleça a gestão com comando único: a cargo do município naqueles em Gestão plena e do estado nos demais municípios. A relação com os prestadores em todos os níveis seria feita pelo município pólo e o estado contrataria o município para a realização dos serviços relativos à população de referência. Foi aprovada a constituição de 02 comissões tripartites para elaborar a minuta desses contratos, para apresentação na próxima reunião da CIT. Na relação dos hospitais públicos com os municípios, foi proposta uma cláusula que permita a alteração do repasse de recursos com base numa margem de variação de mais ou menos 15% no valor dos serviços produzidos. Foi discutida ainda a questão do FAEC, ficando a idéia de que ele precisa ser normatizado com a definição das responsabilidades inerentes aos três níveis de gestão do Sistema de Saúde.

**2 - Plano de Metas** – o objetivo dessa Agenda de Prioridades é o de promover uma discussão nacional envolvendo os Conselhos de Saúde, os Gestores e as

Bipartites que possa servir de guia para os Planos de Saúde e Relatório de Gestão. Foi distribuído um texto preliminar contendo um conjunto de indicadores para discussão e agrupamento, de acordo com as prioridades da Política Nacional de Saúde. Ficou acordada a constituição de uma comissão composta por representantes do Ministério, CONASS e CONASEMS para elaborar uma proposta mais completa, para ser apresentada na próxima Reunião da CIT.

**3 - Lei de Responsabilidade Fiscal-LRF** – em reunião realizada no Conselho Nacional de Saúde com a participação de técnicos da Secretaria de Investimentos em Saúde/SIS/MS e de membros do Tribunal de Contas da União-TCU, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, do CONASS e do CONASEMS, foram discutidos os aspectos mais polêmicos da Lei de Responsabilidade Fiscal que tem impacto direto sobre a área da saúde, quando foram identificadas 03 questões principais relacionadas à:

a) **Transferências Voluntárias** - a Constituição Federal determina uma limitação de sua utilização para pagamento de pessoal. O artigo 25 da referida Lei define as transferências fundo a fundo existentes no âmbito da saúde como não voluntárias, criando assim uma nova classificação para os recursos de transferências do SUS: permitindo a sua utilização para pagamento de pessoal e não sujeitando-as a uma série de restrições impostas pela Lei. Já as transferências efetuadas mediante instrumento convenial entre o Ministério da Saúde, Estado e Municípios são transferências voluntárias e estão sujeitas à limitação da Lei.

b) **Restos a Pagar** - a Lei não os extingue, mas estabelece limitações para a sua existência representadas pela necessidade de comprovação de disponibilidades de caixa para o pagamento de despesas contraídas no último quadrimestre, e a realização de empenho ainda durante o exercício fiscal. Com relação à obrigação contraída junto à rede conveniada em dezembro e que vai gerar débito para o próximo ano, as interpretações dos Tribunais de Contas podem variar. Porém, como esse tipo de despesa está previsto e faz parte de um calendário de transferências regular, é de se esperar que não haja problema com esse tipo de situação.

c) **Limitações de Gasto com Pessoal** - considerado o ponto mais difícil de ser superado, porque dependendo do tratamento dado pode inviabilizar certas características do SUS. Por ser o município o ente prestador de serviços, tem necessariamente uma concentração de pessoal que hoje é em parte atendida por pessoal da União e dos Estados cedidos ao Município, o que se constituirá num problema futuro quando esse pessoal tiver que ser repostado em função das aposentadorias. Um outro aspecto abordado foi o dos programas como o de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família que são intensivos em mão de obra, e pressupõe uma expansão do quadro funcional dos municípios.

Com relação aos incentivos financeiros, os representantes dos Tribunais entendem que estão limitados a 54%.

Concluiu-se pela necessidade de um aperfeiçoamento legal para a solução dos problemas de pessoal na área da saúde, já que da forma como está a legislação não há solução, a não ser que se tenha uma determinação de ordenamento diferenciado para o SUS. Considerando ainda que os Tribunais de Contas tem autonomia entre si, não há a possibilidade de uma normatização que vincule a interpretação dos Tribunais. Foi sugerido que seja feito um processo de discussão e esclarecimento da LRF junto aos tribunais, que necessariamente deverá envolver os três níveis de governo. Ficou acordado que será redigido um documento sobre a repercussão da LRF na construção do SUS, a cargo de uma comissão formada por representantes da SIS/MS, do CONASS e do CONASEMS.

#### **4) Extra-Pauta**

**Habilitação de Estados** – foi aprovada a proposta de habilitação do Estado do Ceará na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2001.