



## **RESUMO EXECUTIVO**

**Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 09/12/04**

### **I. PAUTA**

#### **1. Homologação**

- 1) Habilitação de municípios – SE
- 2) Desabilitação de municípios – SE
- 3) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- 4) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – SVS
- 5) Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária

#### **2. Temas para discussão e pactuação**

##### **2.1 Atenção à Saúde**

- a) Núcleos de Saúde Integral – SAS
- b) Diretrizes para a política de medicina natural e práticas complementares – SAS
- c) Responsabilização de estados e municípios na atenção básica – SAS

##### **2.2 Vigilância em Saúde**

- a) Aprimoramento da PPI da Vigilância em Saúde para 2005 - SVS

#### **3. Temas para apresentação e debate**

##### **3.1 Gestão**

- a) Pacto de Gestão – SE

##### **3.2 Atenção à Saúde**

- a) Código 7 – SAS
- b) Atenção domiciliar - SAS
- c) Assistência Farmacêutica Básica – GM/SAS

##### **3.3 Saúde Suplementar**

- a) Qualificação da Saúde Suplementar – ANS

#### **4. Informes**

- a) Orçamento de 2005
- b) Registro Nacional de Preços para medicamentos de dispensação em caráter excepcional – SAA

## II. DESENVOLVIMENTO

O Secretário Executivo, coordenador da CIT, Dr. Antônio Alves deu início à reunião dando informações sobre a ausência do Ministro da Saúde que está em processo de recuperação de problemas de saúde. O Conass solicitou incluir logo após o item de homologação uma apresentação do Conass sobre o orçamento 2005 e a mobilização que está sendo feita no Congresso Nacional. Foi aprovada a apresentação.

### A. HOMOLOGAÇÃO

**A 1. Habilitação de municípios** – foi homologada a habilitação dos municípios de Buritama/SP e Pesqueira/PE, habilitados na competência dezembro, ad referendum da CIT, tendo em vista que não foi realizada a reunião ordinária de novembro. A partir da competência dezembro estão habilitados conforme a NOB 96 e a Noas 2002, o total de 650 municípios em GPSM.

**A 2. Desabilitação de municípios** – conforme definido na reunião da CIT de outubro/04, a partir de recurso do Ministério da Saúde, foram realizadas as visitas com a participação de técnicos do MS e do Conasems, aos municípios de Amargosa e Medeiros Neto na Bahia e em Presidente Prudente em São Paulo, cujos pleitos de desabilitação haviam sido enviados à Secretaria Técnica da CIT. Os relatórios das visitas foram enviados ao Conass e ao Conasems e a conclusão dos referidos relatórios é de que os municípios não seja desabilitados, sejam firmados Termos de Ajuste de Conduta com estes municípios, com a participação do Ministério Público e a concessão de um prazo de seis meses para a reestruturação dos municípios, com acompanhamento e apoio da área técnica das Secretarias Estaduais e do Ministério da Saúde. O Conass ressaltou mais uma vez que nos processos de habilitação ou de desabilitação de municípios será respeitada a decisão das CIB; no caso de Presidente Prudente, como a proposta de desabilitação foi enviada pelo Conselho Estadual de Saúde e a CIB de São Paulo não se posicionou sobre a desabilitação daquele município, propõe que seja enviado o relatório da visita e ouvida aquela CIB e o assunto retorne na próxima reunião; quanto aos outros dois municípios, da Bahia, considera que não foi constatado no relatório nenhum fato novo que justifique o não acatamento da decisão da CIB e propõe que sejam desabilitados, respeitando a decisão da CIB. O Conasems observou que não é decidindo pela desabilitação dos municípios que serão resolvidos os problemas constatados na área de saúde e propõe que seja mantida a habilitação uma vez que conforme a visita in loco puderam verificar que com pequenos ajustes e apoio técnico adequado podem ser resolvidos os problemas apontados; apontou como relevante o fato dos promotores de saúde dos dois municípios da Bahia visitados terem acordado com os prefeitos eleitos a assinatura de um termo de ajuste de conduta para melhorar o atendimento à população. O Conass propôs que os relatórios sejam encaminhados às CIB solicitando parecer e o assunto seja pautado na próxima reunião. O Conasems concordou com a proposta. O Ministério da Saúde propôs acrescentar à proposta do Conass de já começar a trabalhar na proposta de elaboração de um termo de ajustamento de conduta com a organização de uma força tarefa com a participação do MS, Conass e Conasems para tentar encontrar uma solução definitiva para os municípios. Foi aprovado pelo plenário que os relatórios sejam enviados às CIB de São Paulo e da Bahia solicitando parecer e que o assunto seja pautado na CIT de fevereiro de 2005.

**A.3 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS** – foram qualificados três municípios de São Paulo e um do Maranhão conforme o Anexo I.

**A.4 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças** – foram certificados cinco municípios conforme o Anexo II.

**A.5 Vigilância Sanitária** – será publicada uma portaria para fazer os ajustes orçamentários necessários à adequação das dotações do Programa “Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes”, consignadas no orçamento vigente do Fundo Nacional de Saúde e alocadas para incentivos financeiros aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios com população acima de 50 mil habitantes inseridos na Pactuação das Ações de Média e Alta complexidade em Vigilância Sanitária, complementando os recursos referentes aos meses de agosto a dezembro.

**ESTUDO DO ORÇAMENTO** – o presidente do Conass informou que a Frente Parlamentar de Saúde e o Conass organizaram um ato em defesa do orçamento da saúde para 2005, no dia 24 de novembro na Câmara Federal, com o objetivo de mobilizar importantes atores do setor para conseguir mais R\$ 3,5 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde em 2005. Chamou atenção ainda, de que se não forem feitas alterações no orçamento 2005 o setor saúde no Brasil estará diante de uma perspectiva extremamente preocupante e de que o prazo para se tomar alguma atitude sobre o assunto está se esgotando uma vez que o orçamento deverá ser votado até o final do mês de dezembro. O Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais apresentou um resumo do documento “Propostas do Conass em relação aos recursos previstos para o Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária 2005”, Anexo III, enviado ao Congresso Nacional, defendendo um incremento de R\$ 3,5 bilhões nas seguintes áreas essenciais: assistência farmacêutica básica, medicamentos de dispensação em caráter excepcional e assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. O Conasems considerou pertinente e oportuno o resumo apresentado pelo Conass e pontuou algumas questões sobre o assunto: a EC 29 não está sendo cumprida por todos os parceiros, salientando que a maior parte dos municípios a cumpre e que o não cumprimento da EC 29 significará a curto e médio prazo grandes dificuldades no financiamento do SUS; é necessário pensar na reforma tributária, pois os municípios estão ficando com uma fatia cada vez menor da receita tributária, apesar dessa receita estar aumentando no país; é importante a participação das três esferas do governo no financiamento da atenção básica; deve ser colocado na agenda de todos os estados o cumprimento da EC 29. O coordenador da reunião informou que serão realizadas reuniões do Ministro com o Conass e o Conasems nos dias 14 e 15 de dezembro para discutir o assunto. Foi aprovada a realização de uma Oficina sobre gastos públicos e pacto federativo no 1º trimestre de 2005.

## **B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO**

**B.1 Aprimoramento da PPI da Vigilância em Saúde para 2005** – a PPI de Vigilância em Saúde em 2004 tinha um elenco de 50 ações e a de 2005 tem 51 ações sendo que foram incluídas 04 ações, 03 foram excluídas e 11 foram adequadas. A aprovação da PPI deverá observar o seguinte cronograma: a SVS envia a documentação aos estados até 22 de dezembro, as SES se manifestarão até 30 de janeiro, a SVS responde as propostas de alteração de metas e justificativas das SES até o dia 11 de fevereiro e as SES enviam a PPI aprovada na CIB até o dia 15 de março de 2004. A proposta foi aprovada, bem como o cronograma.

**B.2 Núcleos de Saúde Integral** – A coordenadora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde apresentou a seguinte proposta: criar os Núcleos de Saúde Integral em municípios com 50 mil habitantes ou mais ou com 40 mil habitantes ou mais, no caso da Amazônia Legal, nas seguintes modalidades: alimentação e nutrição; atividade física; reabilitação; saúde mental; serviço social. O município pode implantar o Núcleo com todas as suas modalidades ou poderá optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, de acordo com as necessidades de saúde locais. Objetivos: qualificar Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações; ampliar o acesso às ações de Atividade Física, Saúde Mental, Reabilitação, Alimentação e Nutrição e Serviço Social; ampliar a implementação de práticas que contribuem para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do auto-cuidado; promover a autonomia dos usuários e famílias e fortalecer a cidadania. Diretrizes: integralidade da Atenção; multiprofissionalidade e transdisciplinaridade - responsabilização compartilhada; base territorial - vínculo e responsabilização; promoção da Saúde; humanização da Atenção; promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania. Mecanismos de adesão: elaboração do Plano Municipal de Implantação dos Núcleos e aprovação no CMS; homologação do Plano na CIB; encaminhamento pela CIB da documentação ao DAB / SAS / MS. Papel dos estados: contribuir para a implementação da proposta apoiando os municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos. Papel dos municípios: elaborar, executar, acompanhar e avaliar a implementação dos Núcleos; garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades; estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade; integrar os Núcleos ao sistema de

saúde local. Metas: Núcleos com as três modalidades: até dezembro de 2005 - 447 Núcleos no país; até dezembro de 2006 - 897 Núcleos no país. Núcleos de Atividade Física: até dezembro de 2005 - 331 Núcleos no país; até dezembro de 2006 - 662 Núcleos no país. Financiamento: O valor do incentivo irá variar de acordo com a composição dos núcleos, que atenderá às necessidades específicas de cada município. Ao implantar as demais modalidades, os municípios passarão a receber o incentivo integral. Incentivo Implantação: Incentivo por modalidade de ação: R\$ 1.000,00; Incentivo por Núcleo com três modalidades: R\$ 3.000,00. Custeio: Implantação por modalidade, composição mínima de 2 profissionais: Reabilitação – R\$ 1.500,00; Saúde Mental – R\$ 1.500,00; Atividade Física e Saúde 1- R\$ 1.200,00; Atividade Física e Saúde 2 - R\$ 1.900,00. Implantação do Núcleo com três modalidades, equipe mínima de 5 profissionais: R\$: 5.400,00. O Conasems quer discutir melhor a proposta, pois o ponto de corte proposto para a participação dos municípios exclui aqueles menores de 22 mil habitantes na Amazônia e municípios menores de 30 mil habitantes no restante do país; quer saber qual o critério de necessidade utilizado para incluir estes profissionais e não outros, considerando que estes profissionais estão há muito tempo pressionando o SUS em vários fóruns; considera que a adesão será baixa pois o financiamento deverá cobrir apenas 30% dos custos totais da proposta e que a carga horária dos profissionais deve ser definida pelos municípios, conforme a legislação municipal. O Conass não é contra políticas inovadoras, mas considera que sem discutir o orçamento é difícil fazer uma avaliação desse assunto, pois já havia sido discutido na CIT que deveria ser evitada a fragmentação de recursos financeiros da forma como foi apresentada nessa proposta; propôs que esse assunto seja analisado depois de discutir o orçamento ou os recursos dessa proposta sejam incluídos nos recursos do PSF, sem fragmentação. O assunto será discutido novamente na reunião da CIT de fevereiro.

**B.3 Diretrizes para a política de medicina natural e práticas complementares** – o tema foi retirado de pauta e transferido para discussão na CIT de fevereiro.

**B.4 Responsabilização de estados e municípios na atenção básica** – O Conasems ponderou que é preciso explicitar o que significa o apoio técnico e financeiro dos estados aos municípios, sugerindo que o Conass apresente, em reunião da CIT, a sua visão sobre o que é o apoio técnico e financeiro dos estados aos municípios e como ele se acontece, matéria que, pactuada na CIT, servirá como orientação para as discussões e pactuações que serão realizadas nas Comissões Intergestores Bipartites. O Conasems ponderou ainda que há uma diferença entre: a) assumir a responsabilidade de atingir as metas dos indicadores pactuados e ficar sujeito a sofrer sanções porque as metas não foram atingidas e b) informar as metas pactuadas para serem acompanhadas e avaliadas; considera que este assunto é relevante e deve ser discutido. O Conass aceitou apresentar o elenco em 90 dias. Foi aprovado: a) a edição de uma portaria prorrogando por 90 dias o prazo do artigo 8º da Portaria/GM 2023; b) que o Conass em 90 dias apresentará o elenco dos parâmetros mínimos para apoio técnico e financeiro dos estados aos municípios, para discussão nas CIB; c) que sugestões para mudanças na portaria devem ser enviadas para a Câmara Técnica da CIT.

## **C. TEMAS PARA APRESENTAÇÃO E DEBATE**

**C.1 Qualificação da Saúde Suplementar** – Dr. Gilson Caleman, Diretor da Agência Nacional de Saúde suplementar apresentou a proposta de avaliação de qualidade da saúde suplementar que terá como princípios norteadores: 1 - A avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária; 2- A perspectiva de sistema; 3 - A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para a construção dos indicadores. A proposta tem dois componentes: 1- Avaliação da Qualidade das Operadoras; 2- Avaliação da Qualidade Institucional. A qualidade das operadoras será avaliada em quatro dimensões: 1-Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde; 2- Avaliação da Qualidade Econômico-financeira; 3- Avaliação da Qualidade da Estrutura e Operação 4- Avaliação da Satisfação dos Beneficiários. Com relação ao componente de qualificação das operadoras, pretende realizar um processo contínuo de indução da qualificação nessas quatro dimensões, para que o setor da saúde suplementar opere de forma equilibrada, ágil, com informações consistentes, oferecendo serviços adequados aos seus beneficiários. Essas dimensões serão

avaliadas pelo monitoramento de indicadores e marcadores gerais e específicos que expressem efetivamente os serviços prestados aos beneficiários pelos planos de saúde. Foi feita uma opção estratégica de se dar ênfase à dimensão da qualidade da atenção à saúde respaldada na decisão governamental do Ministério da Saúde de investimento prioritário nessa área. Além disso, esta opção estratégica tenha, poderá favorecer uma melhor integração daquela agência reguladora com a agenda do Ministério da Saúde. A ANS aposta na reversão do modelo vigente e na possibilidade de se organizar e prestar atenção à saúde na saúde suplementar, que se pautem pelos princípios de acesso necessário e facilitado com atendimento qualificado, integral e resolutivo das necessidades de saúde dos beneficiários dos planos de saúde. Além da regulação econômico-financeira, a ANS está investindo na implementação de uma regulação de cunho assistencial que, entre outros mecanismos, trabalhe na perspectiva de um monitoramento contínuo da qualidade da atenção prestada por operadoras e prestadores. A avaliação de impacto por meio da medição de resultados deve ser sensível para identificar a realidade das condições de saúde dos beneficiários, ao mesmo tempo em que deve ter agilidade para indicar a mudança dessa realidade. Foram selecionados indicadores de atenção à saúde, econômico-financeiro, de estrutura e operação e satisfação dos beneficiários. Essa avaliação possibilitará à ANS o monitoramento do desempenho de cada uma das operadoras que comercializam planos de saúde e do setor como um todo, visando à divulgação e à publicação periódica dos resultados para o mercado e sociedade em geral, tornando mais transparente o processo de prestação de serviços, bem como estimulando a melhoria da qualidade e desempenho na saúde suplementar. A implantação do projeto se dará de forma gradativa, nas dimensões estabelecidas, iniciando-se em uma primeira fase de monitoramento dos indicadores já existentes nos bancos de dados da ANS, sendo progressivamente acrescentados outros e novos indicadores em duas fases subsequentes (2a. e 3a. fases). A seleção dos indicadores de qualificação deverá ocorrer mediante análises dos sistemas de informações, atualmente disponíveis na Agência, e sua expansão se dará com a ampliação desses sistemas ou por incorporação de indicadores gerados em sistemas de informações de gestão externa à ANS. O componente de qualidade institucional, tem como objetivo que o órgão regulador também aprimore continuamente seu processo de trabalho, comprometendo-se com a eficiência e efetividade da regulação desenvolvida. A celebração de um novo pacto de gestão para qualificação, com precisão das atribuições e responsabilidades e melhoria da eficiência do gasto em saúde é uma diretriz de governo para a atual gestão do Ministério da Saúde. O Conass e o Conasems parabenizaram a ANS pela proposta e pelo início promissor de sua participação na Comissão Intergestores Tripartite.

**Calendário para 2005** – foi apresentado o calendário de reuniões da CIT conforme o Anexo IV.

**Encerramento** – tendo em vista o adiantado da hora a reunião foi encerrada e os outros temas da pauta não foram apresentados.

## Anexo I

### Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids

#### RESUMO EXECUTIVO

Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

Total de **Estados** Qualificados: **27**

Total de **Municípios** Qualificados: **413**

Total de **Estados** com pleito para Fórmula Infantil: **27**

Municípios **não qualificados**: **3**

Municípios - SP → Jaguariúna, Jales, São José do Rio Pardo.

Municípios **qualificados** para essa CIT: **4**

Bertioga-SP, Presidente Venceslau-SP, Santa Isabel-SP e São José de Ribamar-MA

		Em milhões
<u>Orcamento aprovado (2004)</u>	= R\$	<u>111.307.634,52</u>
<u>Valor Incentivo a ser pago até dezembro de 2004</u>	= R\$	<u>111.232.634,54</u>
<u>Valor da Fórmula Infantil a ser pago até dezembro de 2004</u>	= R\$	<u>2.482.700,86</u>

[Informações sobre o Incentivo: http://www.aids.gov.br/incentivo](http://www.aids.gov.br/incentivo)

## Anexo II

### Certificação de municípios ao Incentivo de Epidemiologia e Controle de Doenças, por estado

<b>UF</b>	<b>CERTIFICAÇÃO</b>		<b>PENDÊNCIAS</b>
	<b>ESTADO</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	
BAHIA	Já certificado	04	✓ Não
RIO GRANDE DO SUL	Já certificado	01	✓ Não
<b>TOTAL</b>		<b>05</b>	

CIT- Dezembro/2004

**Anexo III**

**PROPOSTAS DO CONASS EM RELAÇÃO  
AOS RECURSOS PREVISTOS PARA O  
MINISTÉRIO DA SAÚDE NO  
PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA 2005**

**17 de novembro de 2004**

## ***APRESENTAÇÃO***

---

O objetivo deste documento é apresentar aos parlamentares as propostas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde / CONASS relacionadas aos recursos alocados ao Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária de 2005. Tais proposições resultam da interação entre análises de desempenho financeiro do MS nos dois últimos anos e levantamentos realizados nas Secretarias Estaduais de Saúde, contemplando os padrões de gasto vigentes e as novas demandas por serviços em diferentes atividades setoriais.

Os Secretários Estaduais de Saúde, reunidos na Assembléia do CONASS, realizada no dia 20 de outubro de 2004, ao analisarem o Projeto de Lei Orçamentária/2005 que destina recursos para o Ministério da Saúde, manifestaram especial preocupação quanto ao montante alocado para algumas ações.

A Assembléia deliberou por promover uma mobilização junto ao Congresso Nacional, com vistas a sensibilizar os parlamentares para a necessidade de ampliação dos recursos orçamentários de 2005, para o Ministério da Saúde, com ênfase nas ações de assistência farmacêutica básica, aquisição de medicamentos “excepcionais” e nas ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Em relação aos recursos previstos para a **Assistência Farmacêutica Básica**, os Secretários entendem que é necessária a **ampliação dos valores de transferência per capita**, atualmente em R\$ 1,00 habitante / ano. Convém lembrar que este valor permanece inalterado desde a implantação desse incentivo, em 1999. Desta forma haverá a ampliação da oferta e do acesso da população aos medicamentos básicos, distribuídos gratuitamente nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde.

Quanto ao recurso para **aquisição dos medicamentos “excepcionais”** o valor é **insuficiente** para fazer frente ao crescimento da demanda e ao aumento dos preços dos medicamentos. Os Secretários acreditam que se não houver um significativo aumento nesses recursos, será gerada uma grave crise no fornecimento desses medicamentos, com grandes repercussões no atendimento aos pacientes que deles necessitam.

**O baixo incremento dos valores referentes à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar** pode trazer significativas dificuldades para a oferta e ampliação dos atendimentos, não permitindo a implantação de novos serviços necessários à população. Além disso, o incremento não contempla o déficit existente atualmente (estouro de teto), bem como não possibilita a implantação de uma estratégia para a redução das desigualdades regionais.

Assim é que, considerando todos os aspectos mencionados, e com base nos estudos realizados pela Secretaria Executiva do CONASS, os Secretários Estaduais de Saúde entendem, como fundamental para o bom desempenho do sistema de saúde, **que o montante destinado ao Ministério da Saúde no orçamento da União seja complementado em pelo menos R\$ 3.545.279.131,38, conforme tabelas abaixo.**

**Proposta CONASS consolidada, de incremento de recursos para o Ministério da Saúde na PLOA 2005 (Em R\$1,00)**

	PLOA 2005	Valor necessário	Proposta de acréscimo
Assistência Farmácia Básica	281.000.000,00	447.770.335,00	166.770.335,00
Medicamentos “Excepcionais”	961.000.000,00	1.680.000.000,00	719.000.000,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	15.300.000.001,00	17.959.508.797,3	2.659.508.796,38
Total	16.542.000.000,00	20.087.279.132,38	3.545.279.131,38

**Proposta consolidada, relacionando valores por Ações do PLOA 2005.**

	AÇÃO	TOTAL LOA 2005 (em R\$ Milhões)	TOTAL Proposta CONASS (em R\$ Milhões)
0593	INCENTIVO FINANCEIRO A MUNICÍPIOS HABILITADOS À PARTE VARIÁVEL DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA-PAB PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA.	281,00	447,77
4705	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA PARA AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS.	961,00	1.680,00
8585/8587	ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA E NOS ESTADOS HABILITADOS EM GESTÃO PLENA/AVANÇADA.	15.300,00	17.959,51

Apresentamos nas páginas seguintes, uma análise do financiamento da saúde no Brasil, e uma síntese dos estudos realizados, que justificam o montante solicitado e sua distribuição nessas três ações prioritárias. (Para maiores informações, ver Nota Técnica CONASS nº 39/2004.)

## O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

O equacionamento de financiamento adequado ao sistema público de saúde vem se constituindo em um dos maiores desafios setoriais desde a instituição do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988. Paradoxalmente, se ainda vigessem integralmente os dispositivos presentes na ocasião de sua promulgação, não teriam ocorrido as graves crises observadas na década de 90, e o orçamento federal do SUS para 2004 seria em torno de R\$ 67 bilhões, maior que a somatória da dotação das três esferas de Governo para o SUS nesse mesmo ano<sup>1</sup>.

Na verdade, ao estabelecer a organização de um sistema universal e “integral”, com referência aos direitos da população a ações e serviços de saúde, os constituintes de 1988 definiram também as fontes de recursos e, ainda que transitoriamente, o montante mínimo a ser alocado ao setor, conforme o Artigo 55 do ADCT: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”.

Desde então, acontecimentos externos e internos ao setor levaram a mudanças sucessivas de disposições legais, incapazes de solucionar o problema de forma definitiva. Merecem destaque, entre elas, (a) a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, como contribuição exclusiva para a saúde, tendo perdido tal exclusividade a partir de 1998; e (b) a Emenda Constitucional 29, de agosto de 2000, que estabelece a vinculação de percentuais das receitas das três esferas de governo ao setor.

**A persistência da situação de sub-financiamento setorial** torna-se ainda mais crítica quando associada ao aumento dos custos em saúde, observado como fenômeno mundial. Tal fato é atribuído, principalmente, ao aumento da expectativa de vida e ao desenvolvimento tecnológico do setor, o que teria ampliado o quantitativo e a complexidade de tratamentos para as diferentes patologias. O crescimento dos gastos totais com saúde vem sendo observado na maioria dos países nas duas últimas décadas. O Brasil não é exceção, tendo ocupado, no ano 2000, a oitava posição entre os países americanos que apresentavam os maiores percentuais de gastos totais com saúde (públicos e privados) em relação ao PIB (Tabela 1).

Tabela 1: Financiamento dos gastos dos países americanos com saúde em 2000<sup>1</sup>

País	Gasto total com saúde como % PIB		Valor do gasto total com saúde em bilhões de dólares correntes		Gasto público em saúde como % do gasto total em saúde		Gasto público em saúde como % do gasto total do governo		Valor do gasto público per capita com saúde, em dólar corrente	
	Valor	Posição Relativa	Valor	Posição Relativa	Valor	Posição Relativa	Valor	Posição Relativa	Valor	Posição Relativa
Argentina	8,6	7	24,45	5	55,0	20	21,3	3	362	5
<b>Brasil</b>	<b>8,3</b>	<b>8</b>	<b>49,94</b>	<b>3</b>	<b>40,8</b>	<b>33</b>	<b>8,4</b>	<b>31</b>	<b>109</b>	<b>20</b>
Canada	9,1	5	64,30	2	72,0	4	15,5	14	1.483	2
Chile	7,2	12	5,44	8	42,6	32	11,9	22	143	15
Colombia	9,6	4	7,99	6	55,8	18	18,3	6	104	21
Mexico	5,4	23	31,36	4	46,4	28	15,6	13	144	14
Estados Unidos	13,0	1	1.275,33	1	44,3	30	16,7	9	1.992	1
Peru	4,8	29	2,57	9	59,2	15	11,7	23	59	26
Uruguai	10,9	2	2,19	10	46,5	27	14,8	15	304	7
Venezuela	4,7	31	5,70	7	57,4	16	10,9	24	134	17

<sup>1</sup> Referência: Santos, Nelson P. e Jorge, Elias A.; “Considerações Preliminares sobre o Projeto de Lei Complementar da EC29”, 2004 (*mimeo*).

Fonte: Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde

Observação: " Posição Relativa", na classificação por ordem decrescente, entre todos os 35 países do continente americano.

<sup>1</sup>Considerados aí os 10 países com maior gasto total em saúde nas Américas.

O setor público brasileiro já deixava, então, muito a desejar, no que se refere aos seus gastos com saúde. Segundo os dados do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde, dezenove governos de países americanos apresentavam melhor desempenho que o brasileiro quando comparados os valores *per capita* despendidos; 30 quando comparados gastos com saúde como percentual do gasto total do governo<sup>2</sup>; e, 32 quando comparados os gastos de governos como percentuais de gastos totais em saúde<sup>3</sup>.

Embora informações mais recentes não estejam disponíveis, é pouco provável que alterações substantivas tenham ocorrido nesse cenário. Internamente ao país, o que se observa é o **aumento da participação das esferas sub-nacionais de governo no financiamento da saúde e concomitante redução relativa da participação do nível federal**. Os números constantes na Tabela 2 refletem o esforço que vem sendo realizado por estados e municípios, atribuível, em grande parte, à obediência ao disposto na EC 29 de 2000.

Tabela 2: Evolução de gastos com saúde por esfera de governo – 2000 a 2002  
(Em R\$ Milhões)

	2000			2001			2002		
	Total	% PIB	% Total	Total	% PIB	% Total	Total	% PIB	% Total
União	20.351	1,85	59,74	22.474	1,87	56,17	24.737	1,87	53,11
Estados	6.313	0,57	18,53	8.270	0,69	20,67	10.079	0,76	21,64
Municípios	7.404	0,67	21,73	9.269	0,77	23,16	11.759	0,89	25,25
Total	34.068		100,00	40.013		100,00	46.575		100,00

Fonte: SIOPS / MS

É necessário para fazer frente ao desafio de garantir o acesso às ações e serviços de saúde a todos os brasileiros, que os orçamentos públicos aportem recursos suficientes. Apesar do Ministério da Saúde ter sido contemplado com a segunda maior dotação orçamentária para o ano de 2005, em comparação aos demais Ministérios, observa-se que os recursos são insuficientes para atender a demanda / necessidade da população brasileira. Portanto, é **fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde a ampliação dos recursos orçamentários para área da saúde**.

<sup>2</sup> Maior apenas que Trinidad e Tobago, Saint Lucia, Jamaica e Belize.

<sup>3</sup> Os únicos com menores percentuais eram Paraguai e República Dominicana.

## ***INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA***

Em dezembro de 1998, logo após a publicação da portaria que trata da Política Nacional de Medicamentos e dando início ao processo de descentralização da Assistência Farmacêutica preconizado pela mesma, foi estabelecido o “Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica” com valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

Em março de 1999, por meio da Portaria GM/MS 176, foram estabelecidos os critérios e requisitos para os estados e municípios se habilitarem a receber esse incentivo financeiro, condicionando a transferência do recurso federal à pactuação de contrapartida financeira de estados e municípios. O valor definido pela Comissão Intergestores Tripartite foi de R\$ 2,00 por habitante/ano, com repasse de R\$ 1,00 por habitante/ano pelo Ministério da Saúde e a contrapartida de, no mínimo, R\$ 1,00 por habitante/ano a ser pactuada entre os gestores estaduais e municipais nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites.

Até o presente momento, o valor referente aos recursos federais repassado fundo a fundo permanece em R\$1,00 habitante/ano, sendo que em várias unidades da federação, os estados e municípios já aplicam como contrapartida um valor superior a R\$1,00 habitante/ano.

Com exceção dos municípios inseridos no Programa Fome Zero, no ano de 2004, apesar da Lei Orçamentária prever mais recursos para essa ação, permanece a transferência de recursos federais na ordem de R\$1,00 habitante/ano.

Na Proposta de Lei Orçamentária Anual para 2005 (PLOA 2005) enviada ao Congresso Nacional, foram alocados recursos no valor de R\$ 281 milhões para a ação *Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica - PAB, para Assistência Farmacêutica Básica (0593)*. O incremento foi de 4,66% em relação à LOA 2004. Se esses recursos forem repassados com base *per capita*, fundo a fundo, e utilizando-se a população brasileira de 2004 (179.108.134 habitantes), os valores chegarão a um per capita de R\$ 1,57.

Sugere-se o incremento de recursos para o Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica, ampliando, assim, **o repasse federal per capita de R\$ 1,00 para R\$ 2,50 habitante/ano, conforme Tabela 3**. Isto proporcionará um valor de R\$ 5,00 p/ habitante / ano para a assistência farmacêutica básica. (R\$ 2,50 p/ habitante / ano com recurso federal e R\$ 2,50 p/ habitante / ano com recursos estaduais e municipais).

Tabela 3: Proposta CONASS para incremento de recursos para a assistência farmacêutica básica para 2005. (Em R\$ 1,00)

	PLOA 2005	Proposta CONASS	Diferença proposta CONASS e PLOA 2005
Total	281.000.000,00	447.770.335,00	<b>166.770.335,00</b>

## MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EM CARÁTER EXCEPCIONAL

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional é responsável por um grupo de medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas que atingem um número limitado de pacientes, os quais, na maioria das vezes utilizam-nos por períodos prolongados. Entre os usuários desses medicamentos estão os transplantados, os portadores de insuficiência renal crônica, de esclerose múltipla, de hepatite viral crônica B e C, de epilepsia, de esquizofrenia refratária e de doenças genéticas como fibrose cística e doença de Gaucher. O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional existe desde 1993, **sendo originariamente financiado com recursos federais**. Para fins de ressarcimento aos Estados, o Ministério da Saúde publica portarias com os valores dos procedimentos. Os valores previstos na tabela do SIA/SUS são, em muitos casos, inferiores aos de mercado, fazendo com que haja déficit financeiro entre o valor de aquisição e o valor a ser ressarcido.

Tal situação tem levado os estados a complementar os recursos necessários. Para se ter uma idéia, foram gastos em 2003 aproximadamente R\$ 1 bilhão na aquisição destes medicamentos sendo que, do total, os estados financiaram cerca de 50%, **apesar do financiamento deste programa não ser originariamente de responsabilidade estadual, e sim federal, e de não ter havido até o momento definição ou pactuação de contrapartida estadual**. É importante observar que, além destes gastos diretos, os estados têm ainda despesas de caráter operacional e administrativo, para desenvolver todas as atividades já citadas, sem que neste caso se tenha participação do Ministério da Saúde.

O Projeto de Lei Orçamentária do Governo Federal para 2005 prevê para o Ministério da Saúde recursos para a assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos “excepcionais” no valor de R\$ 961 milhões. Apesar do incremento de 25,95% em relação ao Orçamento de 2004, (R\$ 763 milhões), este valor é insuficiente, tendo em vista os valores atualmente gastos, a defasagem da tabela SIA/SUS, a elevação dos preços dos medicamentos, e a constante e crescente inclusão de novos pacientes (no final em 2001 eram cerca de 109 mil, e em janeiro de 2004 mais de 344 mil).



**A progressão de gastos com os medicamentos “excepcionais” é alarmante.** Em 2002 foram gastos R\$ 638,63 milhões; em 2003, R\$ 1,05 bilhões e a projeção para 2004 é de R\$ 1,5 bilhões. Os números de 2004 foram projetados com base nos valores gastos até setembro, conforme informações enviadas à SE / CONASS pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Mantidas a atual situação do programa e a progressão de

gasto observada neste ano (42%) em relação a 2003, os recursos necessários para a aquisição desses medicamentos em 2005, ficariam em torno de R\$ 2,1 bilhões, dos quais propomos que no mínimo 80% sejam custeados pelo Ministério da Saúde.

**Dessa forma, estima-se que são necessários, pelo menos R\$ 1,68 bilhões de recursos federais para atender a aquisição e distribuição desses medicamentos, ou seja, um incremento da ordem de R\$ 719 milhões aos valores previstos no Projeto de Lei Orçamentária/2005.**

Tabela 4: Proposta para incremento de dotação orçamentária/2005 para aquisição de medicamentos “excepcionais”. (Em R\$ 1,00)

Projeção de Gastos com Medicamentos “Excepcionais” em 2004 *	Projeção de Gastos com Medicamentos “Excepcionais” para 2005*	Valor mínimo necessário do Ministério da Saúde para 2005 – Medicamentos “Excepcionais”	Prop. PLOA 2005	Diferença Proposta CONASS e PLOA 2005
1.500.000.000,00	2.100.000.000,00	1.680.000.000,00	961.000.000,00	719.000.000,00

\* Todas as fontes (Federal e Estaduais)

## MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Na Proposta de Lei Orçamentária Anual para 2005 (PLOA 2005) enviada ao Congresso Nacional, foram alocados recursos no valor de R\$ 15.300.000.001,00 para as ações de *Atenção à Saúde da População dos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena/Avançada (8585) e Atenção à Saúde da População nos Municípios Não Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Não Habilitados em Gestão Plena/Avançada (8587)*. Os recursos previstos representam um aumento de R\$ 676,0 milhões (4,62%), em relação à Lei Orçamentária Anual de 2004. Tais recursos são responsáveis pelo pagamento de 100% das Autorizações de Internação Hospitalar / AIH e grande parte dos procedimentos ambulatoriais executados no país.

A tabela abaixo apresenta as variações de recursos alocados para esses procedimentos ambulatoriais e hospitalares, observadas nos últimos anos.

Tabela 5: Variações anuais observadas entre valores executados / alocados – 2002 a 2005

	Executado 2002	Executado 2003	LOA 2004	PLOA 2005
Valor (R\$ 1,00)	11.749.218.945,00	13.253.642.093,00	14.623.978.430,00	15.300.000.001,00
Variação %	----	12,80	10,34	4,62
População*	172.385.776	174.632.932	176.876.251	179.108.134
Per capita	68,16	75,89	82,68	85,42
Variação %	----	11,35	8,94	3,32

\*População do ano anterior

A Secretaria Executiva do CONASS realizou um levantamento junto as Secretarias Estaduais de Saúde, onde foram identificadas as necessidades de recursos para dar conta do déficit atualmente existente, entre o teto e os serviços produzidos (estouro do teto), e para implantação de novos serviços e projetos em fase de implantação pelo Ministério da Saúde.

Considerando as informações das Secretarias Estaduais de Saúde, os valores atuais já comprometidos dos limites financeiros (R\$ 15.063.490.976,63) em relação ao previsto no PLOA 2005 (R\$ 15.300.000.001,00) apontam para um recurso disponível da ordem de R\$ 236.509.000,00, ou seja, inferior ao crescimento projetado de 4,62% citado acima.

De acordo com este levantamento, os recursos necessários para a assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar seriam da ordem de R\$ 17.104.294.092,75 (ver tabela 6). Se considerarmos um ajuste de 5% relativo à projeção de inflação do período, este total iria a R\$ 17.959.508.797,38 (ver tabela 7).

Tabela 6: Recursos Necessários para assistência de Média e Alta Complexidade. (Em R\$ 1,00)

Limite Financeiro - Constante na LOA 2004	Limite Financeiro - Teto vigente em out / 2004 (A)	Estouro de teto (informado pelas SES) (B)	Necessidade de novos serviços e implantação de projetos (C)	Total (A+B+C)
14.623.978.430,00	15.063.490.976,63	695.285.890,92	1.345.517.225,20	17.104.294.092,75

Tabela 7: Proposta CONASS para incremento de dotação orçamentária para 2005. (Em R\$ 1,00)

Total (A+B+C) (Transposto da Tabela 6)	Total corrigido por expectativa de inflação média do setor (5%)	Prop. PLOA 2005	Diferença entre proposta CONASS e PLOA 2005
17.104.294.092,75	17.959.508.797,38	15.300.000.001,00	<b>2.659.508.796,38</b>

**A distribuição desses recursos deve observar as necessidades de cada UF, com ênfase em uma estratégia que vise reduzir as desigualdades regionais.**

**Anexo IV**

**COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE**

**CALENDÁRIO DE REUNIÕES - 2005**

<b>Mês</b>	<b>CIT</b>	<b>Data limite para recebimento de pleitos de habilitação dos municípios</b>
Janeiro		
Fevereiro	17	07
Março	17	07
Abril	14	04
Maiο	11 (Cuiabá)	02
Junho	16	06
Julho	21	11
Agosto	18	08
Setembro	15	05
Outubro	20	10
Novembro	17	07
Dezembro	08	29/11