



ENCAMINHAMENTOS DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE  
25 DE MAIO DE 2017.

**PARTICIPANTES DO PLENÁRIO DA TRIPARTITE:**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE:** Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Francisco de Assis Figueiredo, Gerlane Baccarin, Adeilson Loureiro Cavalcante, Marco Antônio Toccolini, Rogério Luiz Zeraik Abdalla e Antônio Ferreira Lima Filho.

**CONASS:** Michelle Caputo, Jurandi Frutuoso Silva, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Eduardo Ribeiro Adriano, Ricardo de Oliveira e René José Moreira dos Santos.

**CONASEMS:** Mauro Guimarães Junqueira, Iolete Soares de Arruda, Cristiane Martins Pantaleão, Vânio Rodrigues de Souza, Wilames Freire Bezerra e Diego Espindola de Ávila.

**LANÇAMENTO DA REVISTA DO CONASEMS, Edição 68/2017 – CONASEMS.**

Fez menção à revista trimestral do CONASEMS, e citou a entrevista sobre o médico sanitário José Enio Servilha Duarte e outros temas de grande importância.

**1. ABERTURA DOS TRABALHOS:**

**1. a) Análise da Eficiência do Gasto Público com Saúde – BANCO MUNDIAL.**

**MS:** Comunicou que o relatório de Análise da Eficiência do Gasto Público com Saúde elaborado pelo Banco Mundial, foi construído conjuntamente com áreas técnicas do Ministério da Saúde e encaminhado para Reunião CIT com a finalidade de informar e discutir previamente os resultados apresentados. Uma vez debatidos, propôs a realização de um seminário para tratar especificamente o relatório elaborado pelo Banco Mundial com a participação dos entes envolvidos.

**BANCO MUNDIAL:** Apresentou Análise da Eficiência do Gasto Público com Saúde, subdividido em 3 etapas, a primeira compara os gastos em saúde entre países que possuem características econômicas e sociais próximas a realidade brasileira. Neste cenário o Brasil possui média salarial do profissional da saúde relativamente alta, porém a produtividade está abaixo do que é apresentado em outros países. Entre 2004-2014 os gastos públicos em saúde tiveram aumento de 0,45 pontos percentuais do PIB, impulsionado pelo crescimento relativo das despesas com pessoal que a partir de 2005 superaram os gastos operacionais.

A segunda etapa foi realizada avaliando os gastos públicos em saúde do Brasil e o grau de eficiência entre os municípios brasileiros. Considerando a atenção primária, média e a alta complexidade (67% dos gastos totais) as

ineficiências somam R\$ 22 bilhões. Na atenção primária, a eficiência média do SUS é estimada em 63%. Na média e alta complexidade, a eficiência média do SUS é estimada em 29% a depender das características regionais. Além do tamanho do município, o número de leitos em hospitais também é fator determinante da eficiência. Informou que a eficiência da atenção primária está diretamente relacionada com os serviços da média e alta complexidade. Mencionou que mantendo o mesmo padrão de aumento dos gastos, melhorar a eficiência pode resultar em ganhos de até R\$ 115 bilhões em 2030.

E a terceira foi uma análise da equidade de distribuição dos gastos em saúde conforme a renda per capita. O relatório aponta que os gastos públicos com saúde beneficiam proporcionalmente os mais pobres, tanto na atenção primária como na atenção hospitalar.

Concluída a etapa preliminar, a etapa atual tem como foco identificar os desafios possíveis para a melhoria da integração e da coordenação dentro do SUS, apontando as barreiras que causam atrasos entre o diagnóstico e o tratamento de condições crônicas, medindo o desempenho hospitalar por meio de volume, qualidade e eficiência dos serviços prestados, e analisando o mercado de trabalho em saúde – identificado os fatores que influencia a oferta da mão de obra médica e os incentivos de desempenho.

Citou que o Banco Mundial tem contribuído na consolidação e no progresso do Sistema de Saúde no Brasil como um todo e que o objetivo do relatório é apresentar informações, sugerir melhorias e abrir espaço para discussões técnicas.

**CONASEMS:** Apontou que muitas informações foram desconsideradas o que compromete o estudo e que há divergências nos dados expostos considerando o que o CONASEMS possui de informação. Mencionou que a comparação feita com outros países é um equívoco uma vez que o grande número de variáveis pode interferir significativamente nos resultados obtidos. Solicitou que o relatório elaborado pelo Banco Mundial seja enviado ao CONASEMS para discussão conjunta com grupo técnico do CONASS, com o objetivo de acrescentar informações qualitativas não constantes no relatório.

**CONASS:** Comunicou que apesar da competência do grupo técnico do Banco Mundial, o relatório possui limitações quanto à metodologia empregada e os resultados obtidos. Destacou que se faz necessário uma discussão mais aprofundada sobre o relatório internamente, e solicitou que relatórios, como o apresentado, sejam previamente expostos ao CONASS e CONASEMS antes de serem enviados à reunião CIT.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

- Banco Mundial publicará, em 60 dias, o relatório do estudo sobre a Eficiência do Gasto com Saúde;
- Banco Mundial enviará o relatório do estudo referente à Análise da Eficiência do Gasto Público com Saúde ao CONASS e CONASEMS;
- Reagendar debate tripartite sobre o tema, após discussão dos itens do relatório e das especificidades do setor saúde.

## 1. b) Situação Epidemiológica dos casos de Febre Amarela, Dengue, Zika e Chikungunya – SVS/MS.

**SE/MS:** Relatou que a cobertura de vacinação nacional contra a Influenza encontra-se extremamente baixa no âmbito do país e os dados apontam que, apesar das campanhas e das ações de sensibilização em todos os níveis de gestão, apenas 52% da população foi imunizada. Disse que, na última semana, o Secretário Executivo e o Secretário de Vigilância em Saúde do MS se apresentaram junto à imprensa brasileira para informar e sensibilizar a população sobre a importância da vacinação para a saúde. Informou que há vacinas suficientes para imunizar a população e que já foram adquiridas 60 milhões de doses, entregues nas unidades de saúde em tempo hábil.

Diante da responsabilidade sanitária do MS junto à população, informou que a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza será prorrogada até dia 09 de Junho de 2017. Sugeriu que, após esse prazo, ficará a cargo dos estados e municípios, a prorrogação da campanha local ou estender a vacinação para outras faixas etárias e inclusão de outras categorias profissionais no escopo da imunização, a exemplo dos professores.

**SVS/MS:** Apresentou os dados epidemiológicos atualizados sobre a Dengue, Chikungunya e Zika, conforme dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificações – SINAN. Expôs os gráficos comparativos dos casos prováveis e óbitos para os anos de 2015, 2016 e até a Semana Epidemiológica nº 20, concluída em 22 de Maio de 2017. A incidência dessas arboviroses no ano vigente apresenta-se muito inferior aos anos anteriores, com exceção da Chikungunya, que ainda vem apresentando um elevado número de casos em algumas regiões do país.

Por meio de mapas geográficos, mostrou o percentual de municípios que enviaram as informações sobre o levantamento entomológico, conforme Portaria GM/MS nº 3.129, de 28 de dezembro de 2016, que autoriza repasse no Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Componente de Vigilância em Saúde de recurso financeiro para implementação de ações contingenciais de prevenção e controle do vetor *Aedes aegypti*. Lembrou que o prazo para o envio dessas informações é dia 30 de junho de 2017. Destacou que os estados do Acre, Maranhão e o Paraná não enviaram essas informações, via sistema, porém estão em contato com o MS e informaram que os dados serão disponibilizados em breve.

Sobre a Febre Amarela, apresentou os dados disponibilizados no último Boletim Epidemiológico e destacou que a maior concentração de casos encontra-se na região Sudeste e nos estados do Pará, Tocantins e Goiás. Todas as ocorrências são de Febre Amarela Silvestre, com maior número de casos em homens, em faixa etária produtiva. Os últimos casos foram confirmados no Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. Informou que há uma tendência na queda de notificações no país, comprovada diante da redução do número de epizootias em Primatas Não Humanos.

Quanto à imunização da Febre Amarela, expôs os dados dos extratos de cobertura vacinal. Relatou que foram distribuídas aproximadamente 25 milhões de doses para Febre Amarela, nos municípios selecionados para intensificação da vacina; 4,35 milhões de doses na rotina de distribuição de doses e 853.410 mil doses extra rotina. Atentou para a intensificação que está sendo realizada em áreas rurais, conforme orientações do MS, onde as

populações estão mais expostas e disse que essa condição não vai refletir nos dados gerais sobre o quantitativo de doses apresentados para o município. Portanto, embora o município apresente baixa cobertura, as populações que estão sob maior risco, já estão sendo imunizadas.

Por fim, mostrou o funcionamento da rede de Laboratórios de Referência para Febre Amarela, as técnicas utilizadas para diagnóstico humano e animal, já registradas no Sistema GAL. Destacou o elevado tempo de resposta laboratorial para os casos suspeitos da doença, comprovando a necessidade de pactuação da minuta de portaria que define o processo de habilitação dos laboratórios de referência nacional e regional, proposta para ser aprovada nesta reunião.

**CONASS:** Disse que, diante de informações que circularam na mídia e nas redes sociais sobre movimentos de alguns grupos da população contra a vacinação em crianças, o Conass decidiu elaborar e divulgar uma nota denominada “Vacinar é preciso”. O texto foi construído no intuito de divulgar e reforçar a importância das ações de imunização para a Saúde Pública, destacando ainda o empenho do SUS para manter as estratégias da vacinação no Brasil. A nota encontra-se disponível no site do Conass.

**SE/MS:** Sobre o tema abordado pelo Conass, o MS também se posicionou formalmente na imprensa nacional contra a atuação destes grupos que tentam desvalorizar a credibilidade das ações de imunização.

Propôs construir uma nota tripartite, com apoio da CGPNI, e já considerada aprovada no âmbito deste plenário, no intuito de reforçar a importância das ações de imunização para a Saúde Pública.

**CONASEMS:** Corroborou a proposta de elaborar e divulgar a nota tripartite citada.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

- A Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza será prorrogada até dia 09 de Junho de 2017;
- Elaborar e publicizar Nota Tripartite, com apoio da CGPNI, no intuito de reforçar a importância das ações de imunização para a Saúde Pública.

### **1. c) Panorama do Programa Mais Médicos – SGTES/MS.**

**DEPREPS/SGTES/MS:** O coordenador geral do DEPREPS, Paulo Ricardo Silva iniciou sua apresentação sobre o Programa Mais Médicos informando sobre o encontro dos Ministros da Saúde do Brasil e de Cuba na Assembleia da Organização Mundial da Saúde, em Genebra – Suíça, em que foi pactuado o retorno da cooperação Brasil/OPAS/Cuba, com a previsão de chegada dos médicos no Brasil no início de junho, e início das atividades previstas para a segunda quinzena de junho. Em seguida apresentou o panorama do Edital nº 03, de 19 de abril de 2017 que compreende o 14º ciclo do PMM, onde fez um balanço da primeira chamada para médicos formados no Brasil ou com registro para atuar no Brasil onde foram 2.394 vagas ofertadas e 472 de precedência, que são médicos do PROVAB que poderão optar por migrar para o PMM, obtendo-se um total de 6.285 inscritos na primeira fase, resultando em um total de 4.291 inscrições validadas de médicos que concluíram a inscrição e anexaram a

documentação. Informou também o número de 2.320 vagas confirmadas pelos gestores e o quantitativo de 1.662 médicos alocados preliminarmente devido estarem na fase de recurso, ficando um quantitativo parcial de 658 vagas remanescentes para segunda fase que é anterior à interposição e análise de recursos. A segunda fase com a chamada para preenchimento das vagas remanescentes ocorrerá nos dias 12 e 13/06/2017, segundo cronograma do edital já publicado.

**1. d) Minuta de Resolução que estabelece o descredenciamento do Distrito Federal e Municípios do Programa Mais Médicos que promovam, apoiem ou incentivem, por meio de declaração, ofício ou outro documento congêneres, a judicialização para a permanência de profissionais intercambistas cooperados – SGTES/MS.**

**DEPREPS/SGTES/MS:** O coordenador geral do DEPREPS, Paulo Ricardo Silva fez a leitura da Resolução nº 17 de 25 de maio de 2017 onde diz em seu Artigo 1º, que serão descredenciados do Programa Mais Médicos os Municípios ou Distrito Federal, cujos gestores promovam, apoiem, ou incentivem, por meio de declaração, ofício ou outro documento congêneres, qualquer iniciativa de judicialização para permanência no Brasil ou no projeto Mais Médicos para o Brasil, por período superior a 03 (três) anos, dos médicos intercambistas cooperados. E em seguida elencou os 11 municípios pertencentes a 07 estados que apoiaram formalmente a permanência dos médicos cooperados por um período superior a 03 anos, são eles: Ararendá – CE; Boa Esperança do Sul – SP; Castelo – ES; Guaíra – RS; Iatiópolis – SC; Panelas – PE; Saloá – PE; Salto do Jucuí – RS; Serra –ES; Teixeira de Freitas – BA; e Pinhalão – PR, em seguida declarou possuir documentos formais, sendo alguns com maior e outros com menor robustez destes municípios, e juntos a estes municípios os médicos em que realmente judicializaram contra o MS perfazendo um total de 13 médicos.

**CONASEMS:** Informou sobre participação de reunião formal com a Vice-Ministra de Cuba juntamente com Conass e MS, ocorrida na embaixada de Cuba, onde foi claro o posicionamento deste país com relação ao Programa Mais Médicos sobre a disposição de retirar os médicos do Brasil, se estas ações na justiça continuarem. Ressaltou que um tratado internacional deve ser respeitado e que não deve-se questionar a autonomia dos países. Informou também sobre a elaboração de nota informativa disponibilizada no portal do Conasems com posicionamento contrário as declarações de apoio a judicialização, e depois uma segunda nota aos 12 municípios que declararam apoio alertando o quanto é prejudicial esse tipo de ação, podendo inviabilizar o trabalho de mais de 11.000 médicos intercambistas, e prejudicar a população como um todo. Em seguida fez alguns questionamentos, informando primeiramente o recebimento de uma relação de 48 médicos envolvidos no processo de judicialização e não 13 como mencionado, que não é possível pactuar algo que retroaja, que não se pode pactuar a suspensão de recursos sob pena de ter que alterar a lei 141, e a grande maioria dos gestores que declararam apoio, são da gestão passada, afirmando que o gestor atual não pode pagar pelo gestor passado, informou também que das 12 declarações de apoio, informou ter conhecimento de que apenas uma foi judicializada e que as demais declarações foram emitidas a diversos destinatários e com conteúdo simples de apoio ao trabalho realizado pelo médico e ainda questionou se MP começar a acatar declarações, o gestor poderá ser penalizado se a comunidade começar a fazer tal documento e

ainda citou o município de Serra – ES, onde o autor que fez a declaração a revelia dos gestores daquela cidade, foi uma gerente de Unidade Básica de saúde, enfatizando que a comunidade não pode ser penalizada por tais atos. Em seguida, propôs algumas alterações na resolução do PMM, são elas: Art. 2º Em caso de descumprimento do mencionado no *caput* do art. 1º pelo ente, tal informação deverá ser encaminhada à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil para que a mesma notifique o ente federativo para, no prazo de 5 (cinco) dias, apresentar manifestação por escrito acerca dos fatos alegados.

§ 1º Transcorrido o prazo para manifestação do ente federativo, com ou sem resposta, a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil decidirá sobre o descredenciamento do ente federativo do Projeto ou, ainda, pela possibilidade de adoção de providências para a regularização da situação apresentada, observados os seguintes critérios:

I - Data da emissão do documento; II – Declarante; III – Destinatário; IV - Conteúdo e potencial danoso do documento.

§ 2º Caso a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil decida pela adoção de providências por parte do ente federativo, estas serão efetivadas no prazo de 15 (quinze) dias a contar da decisão, podendo, a critério da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, ser este prazo prorrogado por uma vez, por igual período.

§ 3º Transcorrido o prazo definido pela Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, caso as providências determinadas não tenham sido efetivadas, o ente federativo será descredenciado do Projeto.

§ 4º Na hipótese de descredenciamento de que trata o parágrafo anterior, os profissionais vinculados ao Projeto e lotados no município descredenciado serão remanejados para outro ente federativo participante do Projeto, preferencialmente na mesma região de saúde daquele que foi descredenciado, observada a disponibilidade de vagas.

Art. 3º O descredenciamento do ente deverá ser devidamente fundamentado e com prazo de vigência não superior a 12 (doze) meses.

**CONASS: (Humberto Lucena).** Afirmou ser bem razoável a questão da retroatividade, pois entende que não se pode punir com base em uma regra posterior, manifestou preocupação ao termo declarações, e citou o direito constitucional de se ter acesso às certidões, e se qualquer um destes médicos pedir uma certidão ao poder público de que exerceu bem as suas funções, ele terá o direito de recebê-la e isto não pode ser interpretado como um estímulo a judicialização. Reforçou o apoio a iniciativa do MS, dizendo que se há um programa, deve haver lealdade dos entes envolvidos, pois houve concordância com as regras e corrobora com o texto do Conasems. (Michele Caputo) Reconhece a argumentação do Conasems, porém deve-se dar credibilidade ao programa e aprovar a redação desta resolução da forma em que se encontra, e que esta, não pode ficar à mercê de indefinições que podem possibilitar a perda deste importante benefício ao país e a população, sob pena de se criar uma indústria de demanda judicial do PMM, também se mostrou temeroso quanto a sua retroatividade e reforçou que Cuba não aceitará uma escala crescente de processos, e com isso pediu que não haja postergação da publicação desta Resolução e na obrigação como Secretário de Estado da Saúde do Paraná e Presidente do Conass, seguirá na íntegra a resolução do MS.

**SE/MS:** Informou em primeira mão que esta resolução, é uma decisão do MS que é o detentor destes contratos tanto com a OPAS quanto com os municípios, e a partir do momento em que houve qualquer tipo de manifestação, fica caracterizado de trato por parte do ente que assinou este contrato e imediatamente será desligado do programa. Informou que o encontro dos Ministros da Saúde de Brasil e Cuba durante assembleia da Organização Mundial da Saúde em Genebra – Suíça, onde foi firmado o único compromisso do governo Brasileiro com Cuba, para que este retorne a cooperação e reencaminhe os profissionais ao PMM, e em pronunciamento do Ministro da Saúde de Cuba falou que se as leis do país não forem cumpridas, não há nenhum tipo de manutenção de acordo. Deixou claro que a defesa do Conasems com relação aos municípios é louvável, mas o único ponto da resolução que poderá fazer alteração quanto à redação da resolução, é quanto a temporalidade, onde a retroatividade se dará a partir de 01 de janeiro de 2017 com a nova gestão e 01 de janeiro de 2015 para o Distrito Federal, e que o compromisso pactuado pelo Ministro da Saúde Ricardo Barros com Cuba será honrado em sua totalidade. Deixou claro que a Advocacia Geral da União, Casa Civil e Secretaria de Governo estão dando apoio irrestrito e incondicional para que todas as ações sejam derrubadas no Supremo Tribunal Federal. No caso de declaração emitida por questões de abertura de conta bancária, deverá ser dada orientação para que a mesma não sirva para uso judicial garantindo assim salva guarda a cada um dos gestores. Finalizou enaltecendo a postura do Presidente do Conasems Mauro Junqueira, em defesa dos municípios e munícipes, e que a gravidade do caso é muito maior do que qualquer outro termo que se possa encaminhar para esta resolução.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

- A redação da resolução sofrerá ajuste no caput e artigo 1º, da seguinte forma: *Serão descredenciados do Programa Mais Médicos os Municípios ou Distrito Federal, cujos gestores promovam, apoiem, ou incentivem, por meio de declaração, ofício ou outro documento congênere, qualquer iniciativa de judicialização para permanência no Brasil ou no programa 'Mais Médicos para o Brasil', por período superior a 03 (três) anos, dos médicos intercambistas cooperados;*
- Esta resolução deverá ter retroatividade a partir de 01 de janeiro de 2017 para gestões municipais e gestão do Distrito Federal empossada a partir de 01 de janeiro de 2015;
- O Município que não honrar o contrato, será automaticamente desligado do Programa 'Mais Médicos'.

## **2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:**

### **2. a) Banco de Preços em Saúde (BPS) – SE/MS**

### 3. DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES:

#### 3. a) Minuta de Resolução que estabelece a obrigatoriedade de alimentação do Banco de Preços em Saúde – SE/MS.

**SE/MS:** A obrigatoriedade de alimentação do BPS já vem sendo discutida entre Ministério da Saúde (MS) e Tribunal de Contas da União (TCU), porém sem pactuação até o momento. Houve a necessidade de inclusão desse ponto para pactuação imediata na reunião de hoje, pois os Secretários Executivos anteriores do MS poderiam ser penalizados caso a obrigatoriedade não seja acordada, conforme determinação do Acórdão TCU 3.879/2017. O MS esteve presente no TCU no dia 11/05/2017, onde foram esclarecidos e debatidos diversos assuntos, entre eles o BPS e ficou definido que a ata da pactuação deveria ter sido encaminhada ao TCU ainda no mês de abril, o Ministro assumiu o compromisso de pautar esse tema na Reunião CIT de hoje. Inicialmente a obrigatoriedade seria para municípios acima de 500 mil habitantes, no entanto foi estendida para todos os municípios e todos os estados, inclusive com notificação encaminhada ao MS pelo TCU. A pactuação da obrigatoriedade de preenchimento do BPS por municípios, estados, Distrito Federal e União visa cumprir a determinação do TCU.

**DESID/SE/MS:** Apresentou o Banco de Preços em Saúde, esclarecendo ser um sistema desenvolvido pelo MS e que se destina ao registro e consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde, tem como objetivos: proporcionar transparência, minimizar a “assimetria de informações”, qualificar a pesquisa de preços, dar celeridade e centralidade no processo de pesquisa de preços, acompanhar histórico de compras e evolução dos preços, com a finalidade de melhorar o poder de negociação dos gestores do SUS e melhorar alocação dos recursos públicos.

Sobre a abrangência do BPS citou que os medicamentos representam o maior volume de informações de compras registradas, e dessa forma estão em quase sua totalidade devidamente padronizados e catalogados. Os itens referentes a produtos para a saúde, a exemplo das OPME's, ainda não possuem volume significativo de informações de compras registradas no BPS e, dessa forma, necessitam de um trabalho refinado de padronização e catalogação. São dois acessos possíveis no BPS, o público no qual o cidadão pode se cadastrar e visualizar as informações e o restrito no qual é feita a alimentação do banco com as informações das compras, nesse é preciso um maior número de informações. As compras federais são obtidas por meio da incorporação da base SIASG ao BPS. As compras estaduais e municipais são obtidas voluntariamente por meio da alimentação direta e planilha de importação.

Em 2009 o TCU determinou através do Acórdão 1.457/2009 a obrigatoriedade do preenchimento do BPS, reiterado em 2010 através do Acórdão 3.491/2010 determinando a elaboração de plano de ação para ser executado em 60 dias. Novo acórdão determinou a aplicação de multas às Secretárias-Executivas do MS (Acórdão TCU 6.674/2015), e em 2017 o Acórdão TCU 3.879/2017 recomenda ao MS a priorização da alimentação do BPS aos municípios com população superior a 500 mil habitantes.

**CONASS:** Citou a dificuldade na compra, especialmente de órteses, próteses e congêneres nas regiões Norte e Nordeste, que muitas vezes precisam adquirir esses itens por um preço muito superior do praticado em outras



regiões, por questões mercadológicas.

Sobre a minuta de resolução, apontou necessidade de ajuste nas considerações, especialmente na referência a Lei Complementar nº 131/2009, pois serão instituições de saúde a alimentar o BPS com as informações de compras e não unidades gestoras como está na lei. Sobre a padronização, sugeriu substituir o termo descrições pelo texto: considerando a utilização da padronização de medicamentos e produtos para a saúde, e ponderou a necessidade de manter o texto sobre a comparação entre os preços praticados entre instituições, pois como já exemplificado, existem questões de mercado que fazem os preços variarem de forma substancial. A comparação de preços deve levar em consideração outras questões que não serão contempladas no sistema, portanto o BPS é importante para conhecimento dos preços que foram pagos, e isso deve ser discutido com TCU, para o entendimento sobre o objetivo dessa alimentação obrigatória. Em relação ao Art. 4º que trata da suspensão dos recursos financeiros em caso de não transmissão dos dados das compras, solicitou a sua retirada da minuta, pois isso está em consonância com a Lei nº 131/2009 que trata de repasses voluntários, não sendo aplicável à saúde que deve seguir a Lei nº 141/2012. Salientou que o TCU recomendou a pactuação da obrigatoriedade e não da penalização estabelecida no Art. 4º. Para o Art. 5º, citou que não há parametrização adequada para os produtos para a saúde, solicitou a inclusão de texto que trata sobre responsabilidade do MS em desenvolver o WebService e garantir a interoperabilidade, com prazos consonantes com esses critérios.

Citou um estudo realizado pela consultoria jurídica do CONASS sobre a possibilidade de estabelecimento de um consórcio de compras para a região amazônica, e também o início de estudo sobre a possibilidade de um consórcio nacional.

Concordou com a pactuação da obrigatoriedade da alimentação, e sugeriu inserir no próprio site do BPS um texto ressaltando que os preços ali inseridos não levam em conta especificidades regionais, variações de frete, dificuldade de mercado, entre outras.

**CONASEMS:** Importante discutir o prazo da obrigatoriedade, as padronizações e interoperabilidade no Grupo de Trabalho de Gestão pois, apesar de ser um sistema importante para os gestores, necessita de aprofundamento no debate, especialmente sobre preços regionais e capacidade de compra dos entes. Propôs uma agenda tripartite permanente para discussão sobre a alimentação do BPS. Concordou em pactuar com as modificações propostas pelo CONASS.

**SE/MS:** A pactuação entre os entes da obrigatoriedade do envio das informações necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde está formalizada, portanto cumprindo a recomendação do TCU. As demais questões internas serão debatidas no GT de Gestão da CIT.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

- Minuta de Resolução pactuada no mérito e retorno ao GT de Gestão da CIT para ajuste na redação, conforme acordado:

- i. Retirada do Art. 4º (Caso o ente federativo não tenha transmitido as informações relativas ao conjunto de

dados da compra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data da homologação da aquisição, e não envie justificativa no prazo estabelecido, poderão ser suspensos os repasses de recursos financeiros do Ministério da Saúde relacionados à modalidade de Custeio, de acordo com a legislação vigente);

- ii. Inclusão no Art. 5º de texto que trata sobre responsabilidade do MS em desenvolver o WebService e garantir a interoperabilidade;

- Definir agenda tripartite permanente para acompanhamento do preenchimento do BPS;

- Realizar debate entre CONASS, CONASEMS, MS e TCU para alinhar o objetivo da obrigatoriedade do preenchimento do BPS e uso da informação;

- Enviar, formalmente, Resumo Executivo da 5ª Reunião Ordinária da CIT ao TCU em resposta ao Acórdão 3.879/2017.

### 3. b) Minuta de Portaria que define a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2017 – SAS/MS.

**MS:** Apresentou objetivamente os principais pontos da estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de média complexidade, para esse exercício de 2017. A proposta pretende, subsidiada por uma metodologia técnica, contemplar 287 procedimentos, cuja execução será de acordo com as listas de espera dos Estados e DF. A previsão de orçamento para as Cirurgias Eletivas é de R\$ 250 milhões de reais e a distribuição por UF será feita pelo método que analisa a população em per capita, segundo as estimativas do TCU para o ano de 2016. Referente à Regulação, ao agendamento e a realização dos procedimentos, o propósito é utilizar o CPF e o pagamento seria via FAEC, pós-produção.

Ressaltou que foi realizada também uma apuração da série histórica de produção de todas as unidades federativas, para o exercício base 2015 e 2016. Considerando que em 2016 não houve uma política específica, foi feito um comparativo dos procedimentos realizados com o teto MAC dos gestores estaduais, cuja análise aponta, 1 milhão e 206 cirurgias no ano de 2015 e a execução de 1 milhão 626 cirurgias em 2016. Para o repasse ser feito, a definição da linha de corte deverá observar o limite financeiro mais baixo, no caso, o ano de 2015.

**CONASS:** Mencionou as angústias e preocupações de boa parte dos Secretários Estaduais de Saúde, ditas na assembleia do Conass e apontou o que existe de concordância em relação à proposta. Elogiou a administração atual do MS que resgatou na peça orçamentaria a destinação de recursos, que, seja muito ou pouco, é o que a realidade permite, tendo em vista a situação de crise crônica do País.

Disse que exceto alguns lugares com condições, em que os municípios ou Estados aportaram recursos próprios, há quase 2 anos sem mutirão de eletivas financiado com recurso federal.

Referente à distribuição per capita 2016 à assembleia acata, desde que seja discutido também de forma tripartite os 90 milhões restantes, o que considera não refletir um problema que inviabilize a pactuação. Todavia, há duas questões apresentadas pelos secretários, por exemplo, do RJ, SP, PR que são imperiosas para determinar a

pactuação: a primeira diz respeito ao custo de ter 100% de condição de alterar o valor da tabela e ao uso do CPF e a segunda trata-se do repasse de recurso de forma antecipada, ou seja, a preocupação seria executar os procedimentos, com pagamentos (FAEC) feitos na competência. Ambas as questões já resolvidas, solicitou que o MS reforçasse as seguintes decisões, tanto para o CPF que houve concordância em manter, visto que o DATASUS será responsável, quanto para o pagamento FAEC, que não será antecipado, mas será feito coincidindo sempre e levando em conta a nova estratégia de Cirurgia Eletiva, aceitando o valor do menor ano, que é o ano de 2015. Nessa perspectiva, afirmou a urgência de pactuação nas Bipartites, ainda em maio, em alguns casos extraordinariamente, bem como a celeridade de todos os envolvidos, para a partir de Julho contar com o referido recurso e assim executar os mutirões. Concluiu pela pactuação, respeitados, principalmente, a questão do pagamento a fim de atender a demanda da população que esta na fila.

**CONASEMS:** Corroborou ao posicionamento do Conass, advertindo que são apenas 6 meses de prazo. Sugeriu um monitoramento mensal para evitar a não utilização de recursos e a consolidação da proposta de pagamento mensal, via FAEC, acompanhando a liberação do MAC. Enfatizou a importância de monitorar determinados municípios e estados que terão dificuldade em executar, o que significa apoiar para que a população dessas regiões não fiquem sem acesso. Desse modo, registrou que este Conselho segue pela pactuação.

**SE/MS:** Indicou agilidade dos Cosems e SES para convocação de Bipartites extraordinárias, com pauta única de pactuação das Cirurgias Eletivas e para facilitar a emissão e processamento dos pagamentos, sugeriu estabelecer um número especial de procedimentos para todas essas cirurgias.

**ENCAMINHAMENTOS:** Minuta de Portaria pactuada, com as seguintes ressalvas:

- i. **DRAC/SAS:** Acrescentar dois parágrafos ao caput sobre o adicional máximo de 100%: *“os valores deverão ser pactuados na Bipartite e a escolha feita de acordo com a realidade local e com o rol de procedimentos e especialidades, mantendo o registro nos sistemas, para avaliar quando for realizar a apuração”;*
- ii. **SES e COSEMS:** Convocar reunião extraordinária das Bipartites, para liberação do recurso e execução das Cirurgias Eletivas na segunda quinzena de junho, ou no máximo, primeira quinzena de Julho;
- iii. **DRAC/SAS:** Estabelecer um número especial para os procedimentos das Cirurgias Eletivas, a fim de facilitar a emissão e processamento do pagamento.
- iv. **GT de ATENÇÃO A SAÚDE:** Realizar o monitoramento mensal da fila de acesso das Cirurgias eletivas.

### 3. c) Minuta de Portaria que define o processo para habilitação dos Laboratórios de Referência Nacional e Regional, no âmbito da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SVS/MS.

**SVS/MS:** Disse que a habilitação dos Laboratórios de Referência Nacional e Regional é regida pela Portaria GM/MS nº 70/2004 e, devido ao grande número de tecnologias atualmente implantadas e ao aumento de agravos de notificação de doenças, avaliou-se a necessidade de promover uma melhoria no processo de análises laboratoriais,

com novas técnicas e novos insumos diagnósticos para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde.

A minuta propõe que a composição da rede de Laboratórios de Referência Nacional e Regional seja feita por meio de edital, no prazo máximo de 120 dias, a contar da data de publicação desta portaria; que contempla os laboratórios de vigilância epidemiológica, ambiental e da saúde do trabalhador. Os laboratórios de referência para compor a rede de laboratórios de vigilância sanitária serão regidos por regulamentação específica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA.

Citou os critérios definidos para habilitação dos laboratórios de referência e as responsabilidades que cabem à SVS/MS. Relatou ainda as competências para o gerenciamento da rede de Referência Nacional e Regional.

Fez referência a alguns laboratórios que têm apresentado resultados diagnósticos para Febre Amarela em tempo hábil, o que tem sido fundamental para o monitoramento e controle dos casos suspeitos.

Por fim, informou que os laboratórios selecionados serão habilitados pela SVS/MS, por meio de portaria específica e o processo de habilitação será formalizado após assinatura do Termo de Compromisso, a ser celebrado entre a SVS/MS, o gestor local e o dirigente da instituição, a qual o laboratório pertença.

**CONASS:** Parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa e disse que está de acordo pela pactuação da proposta.

Lembrou que a questão do financiamento para a habilitação dos laboratórios será definida em cada edital específico e por meio dos termos de compromisso, citados na apresentação.

**CONASEMS:** Posicionou-se favorável pela pactuação da proposta. Reforçou que essa área é muito sensível e o tema merece atenção devido à necessidade de melhoria de acesso e de celeridade nos resultados diagnósticos.

#### **ENCAMINHAMENTO:**

- Minuta de Portaria Pactuada.

## **4. INFORMES**

### **4. a) Situação de preenchimento dos Sistemas: SargSUS e Sispecto – SE/MS.**

**Rodrigo César Faleiro de Lacerda** – Diretor do DAI/MS, deu início a sua apresentação dos instrumentos de planejamento, pactuação e prestação de contas no âmbito do SUS sobre a situação de preenchimento dos Sistemas SISPACTO e o SARGSUS, informando primeiramente a situação do Sispecto dos estados onde os dados coletados em 22/05/2017, tem-se 16 estados que ainda não alimentaram e nem estão em fase de preenchimento, são eles: Região Norte: AC, AP, PA, RO e RR; Região Nordeste: AL, MA, PB, PB, RN e SE; Região Centro Oeste: DF, GO e MS; Região Sudeste: MG; Região Sul: PR, 08 estados estão na fase de preenchimento, são eles: Região Norte: AM e TO; Região Nordeste: BA e PI; Região Centro Oeste: MT; Região Sudeste: RJ; Região Sul: RS e SC, e apenas três estados tiveram suas informações validadas, são eles: Região Nordeste: CE e PI e Região Sudeste: SP. Em relação aos municípios, 36% ainda não alimentaram o sistema, 16% estão em fase de preenchimento, 17% tiveram validação das informações e 31% tiveram suas informações homologadas pelo Sispecto. Em relação a situação do SargSUS dos

estados onde se tem a proporção de Planos Estaduais de Saúde (PES) informados para o período 2016-2019 e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2016 ao Conselho de Saúde, 03 estados ainda não enviaram o PES são eles: AP, RR E GO, e 05 estados ainda não enviaram o RAG, são eles: AC, AP, PI, RN e DF. Estes dados foram coletados em 22/05/2017 - Fonte: SARGSUS. Em relação a situação dos municípios junto ao SargSUS onde tem-se a Proporção de Planos Municipais de Saúde (PMS) vigentes para o período 2014-2017 e de Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do ano de 2016 enviados ao Conselho de Saúde. 5% ainda não enviaram o PMS e 30% ainda não enviaram o RAG. Estes dados foram coletados em 22/05/2017 - Fonte: BI-SARGSUS. Informou ainda que os prazos para alimentação do sistema eram até o mês de março, ratificou que este informe, será colocado no GT de Gestão para discussão e levar os encaminhamentos retirados para discussão na 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite.

CONASS: Solicitou que, a medida em que estas informações forem chegando e alterando o quadro situacional, que seja repassado imediatamente, e que o ideal seria um monitoramento permanente desta situação.

CONASEMS: Informou que é uma incumbência que os apoiadores receberão do Conasems no sentido de acompanhar e monitorar o andamento, depois reforçou que a lei 141 prevê a situação de suspensão de recursos federais ao ente que não repassar as informações. Salientou sobre a importância de não apenas alimentar o sistema, mas procurar a qualidade da informação na qual se revela como principal objetivo

**SE/MS:** Enfatizou sobre a importância dos instrumentos de gestão e alimentação que estabelecem o planejamento ascendente, que são o Plano Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Prestação de Contas na Câmara, Lei Orçamentária Anual e Indicadores de Saúde. Alertou para o fato de que não há sustentação do MS com os seus órgãos de controle se esta realidade permanecer. Também disse que é primordial que este assunto volte como ponto de discussão na 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, lembrando que de acordo com a lei 141 os estados que prestaram informações estão impedidos de receber recursos federais do Fundo de Participação dos Municípios e pediu colaboração de Conass e Conasems para que este panorama seja mudado, e que as informações levantadas pelo MS, serão repassadas em tempo real para Conass e Conasems

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

- i. Enviar para discussão no GT de Gestão as situações do SargSUS e Sispacto;
- ii. Apresentar encaminhamentos proferidos pelo GT de Gestão para apreciação e discussão na 6ª Reunião Ordinária da CIT.