

agenda saúde 2023

Uma contribuição para os debates eleitorais

Para onde deve caminhar a saúde pública em 2023



Data de instituição: 10 de outubro de 1994

Registro: 1º Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica de Campinas/SP.

CNPJ: 00.290.168/0001

Entidade privada sem fins lucrativos

Inscrição Estadual: isento

Endereço: Rua José Antônio Marinho, 450 – CEP 13.084-783 – Campinas/SP

Fone: (19) 3289-5751

Site: www.idisa.org.br

Diretoria Executiva

Presidente: Lenir Santos

Vice-Presidente Administrativo e Financeiro: Reynaldo Mapelli Junior

Diretor de Apoio à Gestão: Gonzalo Vecina Neto

Diretores Regionais:

Região Norte: Charles Cezar Tocantins de Souza

Região Nordeste: Thiago Lopes Cardoso Campos

Região Centro-Oeste: Valéria Alpino Bigonha Salgado

Região Sul: Clenio Jair Schulze

Região Sudeste: Tadahiro Tsubouchi

Conselho Superior e Fiscal:

Nelson Rodrigues dos Santos

Tarsila Costa do Amaral

Alex Marques Cruz

Suplentes:

Primeiro: Jordão Horácio da Silva Lima

Segundo: Dra. Joana Rocha e Rocha

agenda saúde 2023

Uma contribuição para os debates eleitorais

Para onde deve caminhar a saúde pública a partir de 2023

Sumário

Premissas constitucionais.....	5
Resumo das situações	7
1. Financiamento	9
2. Gestão Pública	12
3. Modelo de atenção	15
4. Público-privado	17
5. Formação de pessoal.....	19
6. Ciência, tecnologia e inovação.....	20
7. Intersetorialidade das políticas públicas.....	23
8. Controle, avaliação e fiscalização.....	25
9. Participação social.....	27

Premissas constitucionais

- *Saúde como direito fundamental de responsabilidade pública e financiamento adequado.*
- *Ações e serviços de saúde de acesso universal, igualitário e integral.*
- *Modelo de atenção à saúde fundado na atenção primária da saúde (APS) com 80 a 90% de cobertura resolutiva em relação às necessidades da população.*
- *Liberdade da iniciativa privada na assistência à saúde sob regulação, controle e fiscalização pública, incluindo limites e vedações para o capital estrangeiro na saúde.*
- *SUS como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde de todos os entes federativos, descentralizado político-administrativamente.*
- *Gestão pública compartilhada (entre os entes federativos em fóruns de pactuação consensual) e participativa (sociedade), nos termos da lei.*

As premissas acima apontam, desde logo, para a necessidade do fortalecimento político do direito à saúde consagrado na Constituição e também para o direito sanitário como suporte ao alargamento de sua compreensão, interpretação e defesa de seus princípios e diretrizes o que contribui para o funcionamento adequado do SUS.

Precedem às análises e proposições apresentadas a seguir, nove problemas sanitários identificados neste documento, muitos deles, presentes há três décadas no SUS e ainda não amplamente consolidados, lembrando que o SUS tem sido resiliente e consistente, com apoio de parte significativa da sociedade, expressa a ampla participação social na rede de conselhos de saúde – nacional, estaduais e municipais; na atenção positiva recebida da mídia; no engajamento dos trabalhadores do SUS; e no interesse e no investimento das universidades públicas nas ciências humanas, sociais, econômicas, jurídicas, biológicas, da saúde, dentre outras.

Há ainda centenas de projetos locais bem-sucedidos expostos em amostras documentadas nos congressos do Conasems e 26 Cosems, além dos permanentes apoios e reconhecimento internacionais como o da OPAS, OMS e OCDE . Somam-se a esses os profundos impactos culturais e políticos promovidos pela Constituição de 1988 - com a histórica inclusão social de quase metade da população, antes indigente e para cidadã, com a dignidade e demais direitos humanos assegurados pela Carta Maior-; sucedidos por dezenas de avanços inclusivos, ainda que específicos, isolados ou fugazes, que permanecem, mesmo que subalternos, nos trinta e quatro anos do SUS, na atenção de média e alta complexidade; na atenção primária da saúde (APS); no SAMU; na vigilância em saúde; nos medicamentos, inclusive de alto custo; nos hemocentros; na imunização, centrais de regulação e outros. Esses apoios e avanços setorializados, perfazem inestimável patamar para a retomada de estratégias direcionadas à implementação das diretrizes constitucionais no funcionamento do SUS.

¹ Cosems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Cosems – Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde.

² OPAS – Organização Panamericana da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

Resumo das situações problemas da saúde

- 1** **Financiamento:** insuficiência de recursos; descumprimento da Lei Complementar n. 141, de 2012, na forma de transferência dos recursos da União para estados e municípios; e emendas parlamentares que não respeitam o planejamento e os planos de saúde dos entes recebedores.
- 2** **Gestão pública:** formas de atuação pública da saúde ainda eivada de insegurança jurídica e equívocos interpretativos tanto pelos próprios gestores públicos como por órgãos de controle interno e externo; falta de uniformidade nos modelos adotados pelos entes federativos; modelos insatisfatórios às necessidades da gestão pública de saúde; gestão que privilegia o burocratismo e o patrimonialismo, com abandono dos resultados qualitativos.
- 3** **Modelo de atenção:** atenção primária da saúde e suas insuficiências; região de saúde não-resolutiva e sem apoio gerencial regional; regulação do acesso inadequado e não-descentralizado regionalmente; integralidade da atenção com prioridade do curativo ao invés do preventivo, conforme define a Constituição.
- 4** **Público e privado:** ausência de uma política pública que estabeleça os limites entre o público e o privado; que regule, controle e fiscalize os serviços privados na forma do artigo 197 da Constituição; que determine o que deve ser exclusivamente público e o que pode ser objeto de parcerias, via convênio, contrato de gestão e outros ou de contratação, no regime da complementaridade; falta de regulação para novas formas de medicina de grupo, e necessidade de estabelecimento de limite para o capital estrangeiro na saúde, conforme vedação constitucional, do artigo 199, § 3º.

- 5 Recursos humanos:** formação inadequada para o SUS e para a fixação de profissionais de saúde em locais precarizados; vínculo de trabalho que não contribui para a fixação de profissional da saúde; discrepância salarial; piso de profissionais de saúde incompatível com o financiamento público.
- 6 Ciência, tecnologia e inovação:** falta de política de investimento e de incentivos; desorganização das PDPs; falta de política de incorporação tecnológica no SUS que mantenha o rol de serviços e medicamentos atualizado de maneira sóbria, racional e adequada.
- 7 Intersetorialidade das políticas públicas:** condicionantes e determinantes da saúde desconsiderados no planejamento público pela falta de planejamento intersetorial; abandono da visão sistêmica da seguridade social.
- 8 Controle, avaliação e fiscalização:** aumento do controle de processos e procedimentos em detrimento de resultados em relação às políticas de saúde; baixo controle do setor privado em suas novas formas de atendimento à população, como as clínicas populares; abandono da avaliação anual pelo SUS das condicionantes e dos determinantes da saúde que interferem com a saúde, nos termos do artigo 5º da Lei nº 8.080, de 1990.
- 9 Participação social:** necessidade de aperfeiçoar o funcionamento dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, especialmente no que se refere às suas diretrizes e ao acompanhamento de sua execução.

1. Financiamento

O financiamento das ações e serviços de saúde públicos são insuficientes tanto quantitativamente quanto em relação à distribuição equitativa dos recursos entre os entes federativos, com o reiterado descumprimento dos critérios de rateio interfederativo previstos no artigo 17 da LC 141, de 2012. Para demonstrar essa insuficiência, para a garantia do direito à saúde, bastaria a comparação entre o percentual do PIB aplicado na saúde pública e o percentual do setor privado; além da comparação com os valores aplicados pela maioria dos países com sistema de acesso universal. O Brasil aplica, em saúde, 9,6% do PIB, sendo 3,8% públicos para 212 milhões de pessoas, e 5,8 privados para atender $\frac{1}{4}$ da população.

A Constituição fixou um critério-guia, um parâmetro para o financiamento da saúde, ao determinar no art. 55 da ADCT³ que 30% do orçamento da seguridade social deveriam ser destinados à saúde – o que, em 2017, corresponderiam aproximadamente a 270 bilhões de reais de recursos federais contra os 120 bilhões efetivamente aplicados naquele ano. São anos de burlas a esse parâmetro, com destaque para os efeitos perversos da Emenda Constitucional- EC n. 20, de 1998 que segregou algumas fontes (contribuições sociais) para a Previdência Social de modo exclusivo; além de uma sucessão de outros boicotes, como o do fundo social de emergência, e da DRU⁴ provisória com mais de 28 anos, no percentual de 30%.

São fatos que demonstram o desrespeito ao princípio da vedação de retrocesso na garantia de direitos fundamentais (art. 60, IV, Constituição Federal), por reduzirem os recursos da saúde. A Emenda Constitucional 29, de 2000, ao vincular recursos para a saúde, havia vedado a redução de seus valores, em caso de regressividade do PIB; mas essa vedação não foi observada pela Emenda Constitucional n. 86, de 2015, que dispôs que os recursos do Pré-Sal, até então extra piso, passassem a contar para o piso da saúde. A EC 95, de 2016, ao congelar por 20 anos o piso da saúde em valores correspondentes ao do ano de 2017, corrigido tão somente pelo INPC, desconsiderou o crescimento populacional, o envelhecimento da população (que em 1988 era 8% da população e em 2022,

³ ADCT – Atos das Disposições Constitucionais Transitórias; LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias.

14%) e a incorporação de novas tecnologias na saúde, promovendo um retrocesso na garantia do direito à saúde.

Propostas

- ▶ Revogar a EC 95 de 2016.
- ▶ Aumentar progressivamente – 10 anos – o percentual do PIB para atingimento de 5,5% aplicados na saúde, conforme estudos da ABrES⁴ visando a criação de um novo piso para a saúde; a partir da despesa média empenhada em 2020-2022, mediante um índice de crescimento da população idosa, da correção da inflação pelo IPCA, e de um fator de correção de iniquidades e proteção contra crises econômico-fiscais.
- ▶ Elevar o percentual de 1,6% do orçamento federal 2022 e aplicar em saúde entre 2,3% a 3% do orçamento federal (proposta ABrES).
- ▶ Reduzir, no prazo de 10 anos, todas as formas de financiamento público às operadoras privadas de planos e seguros de saúde e aos seus consumidores.
- ▶ Desenvolver elevação crescente de repasses federais para investimento na capacidade instalada pública estadual e municipal, delimitando e assegurando que o regime da complementaridade tenha de fato caráter complementar e não substitutivo; e assegurar a efetividade da diretriz constitucional da regionalização/hierarquização.
- ▶ Respeito à LC 141, de 2012, quanto aos critérios de rateio para a transferência dos recursos federais para os estados e municípios e a consequente forma de controle, avaliação e fiscalização do cumprimento dos critérios de rateio, abandonando o critério de tabelas de procedimentos, vigente desde o extinto Inamps.

⁴ ABrES – Associação Brasileira de Economia da Saúde. Acessível em: <https://abresbrasil.org.br/>

- ▶ Definir que os critérios de rateio têm três eixos estruturais: desigualdade regional em razão da situação socioeconômica, demográfica, geográfica e epidemiológica do ente federativo (correção de desigualdades); organização da rede de serviços públicos, acompanhado de uma política do regime da complementaridade para não ultrapassar determinados limites; e desempenho do ano anterior do ente federativo.
- ▶ Priorizar estrategicamente a cobertura e a resolutividade da APS e a regionalização, conforme modelo original do SUS.
- ▶ Articular para que as emendas parlamentares observem o planejamento e os planos de saúde do SUS, para assim diminuir as desigualdades regionais e os vazios assistenciais .
- ▶ Revogar as emendas de relator (RP 9) na forma como hoje são propostas, por não serem aderentes ao planejamento e à transparência.

2. Gestão Pública

O atual regime jurídico constitucional e legal que rege a atuação da Administração Pública Brasileira tem demonstrado profundas inadequações para a gestão eficiente, ágil e resolutiva das políticas públicas de saúde, impondo inúmeras barreiras burocráticas, ainda que tenha havido alguns avanços, introduzidos por reformas administrativas posteriores a promulgação da Constituição de 1988.

A Administração Pública patina na burocracia excessiva, de viés patrimonialista, caracterizada pela lentidão dos processos, em prejuízo do resultado qualitativo; sujeita à interferência política e à captura pelo setor privado; e com ausência de planejamento estratégico de longo prazo (decenal), fundamental na saúde. Os planos de saúde elaborados pelos gestores do SUS em decorrência do planejamento, nem sempre são observados; e esses, por sua vez, muitas vezes não estão conformes às necessidades reais de saúde da população, especialmente em relação aos recursos das emendas parlamentares e à necessidade de reduzir desigualdades e vazios assistenciais.

Os estatutos jurídicos das formas de atuação pública, especialmente das entidades públicas da administração indireta e das formas de cooperação com o setor privado são, frequentemente, distorcidos em sua concepção original, sem que isso reflita em quaisquer acréscimos à melhoria à gestão pública; resultado em insegurança jurídica em alguns modelos e formas equivocadas de interpretá-los e implementá-los.

Outro problema recorrente é o movimento crescente de desconfiança na gestão, no gestor e nos servidores públicos, com engessamento das regras de atuação aplicáveis aos órgãos e entidades estatais e de rejeição à implementação de novos modelos mais ágeis, flexíveis e resolutivos de atuação pública. Nesse contexto, tem-se observado a ampliação do fenômeno do ativismo normativo dos órgãos de controle interno e externo, na imposição de limites para a atividade administrativa, diante do qual os governos têm perdido espaço para esses órgãos judiciais, no que tange à competência regulamentar dos Chefes do Poder Executivo de estabelecer a organização e o funcionamento da respectiva máquina pública. Esse é um processo que tem alimentado a cultura de cerceamento e criminalização do agente público, que

incentiva o imobilismo e a postura do “não fazer”, num ambiente no qual “quem se aventura e faz” assume muita responsabilidade e se sujeita à penalização.

Um exemplo desse fenômeno, foi a iniciativa de reestruturação do modelo da fundação estatal, pública de direito privado, prevista no Decreto-Lei n. 200, de 1967, intentado nos anos 2000, especialmente com o objetivo de proporcionar ao SUS um modelo jurídico de atuação eminentemente público, que fortalecesse a rede pública de assistência à saúde, evitando que o gestor tivesse que optar pela participação complementar da iniciativa privada, como estratégia de garantir o atendimento assistencial à população. No entanto, a disseminação do modelo da fundação estatal não logrou o sucesso esperado, por mal compreendido e muito judicializado, tendo sido pouco adotado pelos gestores do SUS, além de haver sido muito judicializado – fatos que obstaculizaram o processo de sua implantação no país; tanto que até hoje não foi votada a lei complementar encaminhada pelo Executivo Federal ao Congresso Nacional em 2007, para disciplinar as fundações estatais, embora o Supremo Tribunal Federal tenha, recentemente, se manifestado quanto à constitucionalidade do modelo.

Quanto aos consórcios público - que poderiam contribuir para a gestão dos serviços de saúde, de forma associada, nem sempre atendem às diretrizes do SUS, como a de regionalização, que exige o espelhamento do desenho territorial da região de saúde; além de muitas vezes se sujeitarem à captura política local e estadual e de interesses paroquiais, o que desnatura o modelo original que poderia ser bem-sucedido no SUS.

Há ainda dificuldades jurídicas no tocante à terceirização de serviços de saúde, à participação complementar por via da parceria e do fomento público e de outras formas de prestação de serviços por contrato administrativo.

Não obstante a gestão pública da saúde ter sido bem-sucedida quanto à sua descentralização, ela não foi regionalizada-hierarquizada, o que gera dificuldades na gestão do SUS, que tem como concepção constitucional a integração de seus serviços de modo regionalizado; aspecto que será melhor abordado no item dessa agenda relativo ao modelo de atenção à saúde.

Outro aspecto relevante são as dificuldades atuais encontradas na implantação de uma plataforma digital de dados da saúde, interoperável

nacionalmente, com ênfase nas regiões de saúde, que possibilite integrar os dados de saúde da população. A atual plataforma não permite integrar os dados dos prontuários de saúde, medida de grande importância para a diminuição de tempo, custos e recursos e para a garantia da transparência e da proteção dos dados, em acordo à LGPD⁵. É preciso urgência na consolidação da plataforma nacional, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), no âmbito do Sistema Nacional de Informações em Saúde – SNIS, de que trata o art. 47 da Lei nº 8.080, de 1990, reconhecida pela Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

Propostas

- ▶ Promover a revisão da legislação para a definição clara e com segurança jurídica das formas de atuação dos serviços públicos de saúde e indicação dos modelos jurídico-institucionais mais afeitos ao SUS e recomendados à atuação pública da saúde.
- ▶ Cumprir o Decreto nº 7.508, de 2011, notadamente quanto ao contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP), que pode contribuir para a diminuição da judicialização ao prever as responsabilidades de cada ente federativo na região de saúde, com segurança jurídica, facultando-se ainda cláusulas compensatórias entre os entes federativos que houverem sido condenados pelo Poder Judiciário em nome da responsabilidade solidária.
- ▶ Avançar a reforma administrativa do Estado, com foco no paradigma da gestão por resultados e no fortalecimento do agente público (servidores e empregados estatais), como principal agente de mudança; de forma a priorizar o aumento da eficiência e da eficácia dos serviços públicos governamentais, com destaque à autonomia gerencial nas unidades mais complexas nas regiões de saúde, para a imprescindível agilidade na gestão pública.

⁵ LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

- ▶ Investir no resgate da autonomia e da capacidade do Poder Executivo, nas três esferas de governo, de, com segurança jurídica, organizar o seu modelo de gestão pública de saúde, com o uso dos modelos jurídico-institucionais que considere mais adequados à realidade local, mediante a observância das disposições constitucionais e legislação de regência; e de dispor, mediante a sua atividade normativa, a qual, nos termos da Constituição Federal, lhe é privativa, sobre os procedimentos a serem adotados pelos órgãos entidades saúde na execução das políticas públicas de saúde.
- ▶ Implantar plataforma interoperável de dados de saúde dos usuários do SUS em âmbito nacional com a concretização da efetiva da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).
- ▶ Definir uma política de informação e comunicação no SUS, de modo a dar maior transparência à tomada de decisões e ao planejamento do Sistema, bem como, informar a população em relação aos seus direitos e deveres como usuários do SUS, a fim de promover o sentimento de pertencimento e de maior vinculação ao Sistema, assim como, despertar o interesse na atuação dos usuários junto a conselhos gestores locais e conselhos de saúde.

3. Modelo de atenção

Para construir um modelo de atenção universal, equitativo e integral da saúde, regionalizado, hierarquizado e alicerçado na Atenção Primária à Saúde (APS), o modelo de atenção à saúde - definido pelo SUS com a integração das ações preventivas com as curativas - precisa ser uma realidade concreta.

Contudo, são inúmeros os motivos pelos quais, tanto a criação da região de saúde, quanto a APS não conseguiram ser efetivas; dentre eles: (i) a falta de regramentos gerais balizadores da região de saúde e de medidas compensatórias dos municípios-referências quanto ao seu ônus com o limite de pessoal e demais encargos decorrentes na região de saúde; (ii) as dificuldades na contratualização das responsabilidades de cada ente federativo na região de saúde; (iii) a falta de segurança jurídica pelo reiterado descumprimento do Decreto nº 7.508, de 2011, que instituiu o contrato organizativo da ação pública da saúde; (iv) a insuficiente capacidade de a região de saúde, despersonalizada, ser apoiada pelo Estado para essa superação; (v) a necessidade fortalecimento da APS como serviço-alicerce do SUS, capaz de ser resolutiva em suas demandas; (vi) ausência de financiamento público equitativo para superar os vazios assistenciais; (vii) dificuldades de fixação de profissionais de saúde; (viii) insuficiência de formação de profissionais de saúde para a APS; (ix) impossibilidade da centralização das atividades da APS no Ministério da Saúde, como poderá ocorrer com a criação da Adaps.

A saúde digital, introduzida no SUS recentemente e que poderá vir a ser muito útil, precisa, contudo, de segurança jurídica, técnica, humanista e respeito à LGPD.

Propostas:

- ▶ Fortalecer a APS, mediante financiamento adequado e fixação de profissionais da saúde, com o cuidado de adequar os modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas dos usuários da unidade de saúde.

- ▶ Desenvolver uma cultura de educação sanitária para o autocuidado. Promover a assunção, pelos Estados, da coordenação das regiões de saúde, em conjunto com os municípios, garantindo-lhes adequada estrutura de funcionamento.
- ▶ Promover a assunção, pelos Estados, da coordenação das regiões de saúde, em conjunto com os municípios, garantindo-lhes adequada estrutura de funcionamento.
- ▶ Promover a inovação de mecanismos de governança regional para garantir a integralidade em todas as regiões, inclusive mediante formas de gestão pública compartilhada interfederativa, com o uso dos modelos de fundação estatal e consórcios públicos.
- ▶ Fortalecer as comissões intergestores em todos os seus níveis de atuação, em especial as regionais, nas regiões de saúde.
- ▶ Cumprir o Decreto nº 7.508, de 2011, com retomada do COAP.
- ▶ Retomar os programas de fixação conjuntural e permanente de médicos e demais profissionais de saúde em municípios com essa dificuldade.
- ▶ Priorizar a prevenção e promoção da saúde no SUS para cumprir o mandamento constitucional, artigo 198, II, que dá preferência para a prevenção de agravos à saúde.
- ▶ Fortalecer a rede de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica para enfrentar emergências em saúde como a Covid-19 e ainda da rede de atenção psicossocial.

4. Público-privado

O SUS padece da ausência de uma política pública que estabeleça os limites entre o público e o privado na saúde, de forma a melhor cumprir o art. 199 da Constituição, que estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e, no § 1º, prevê a possibilidade de, na ausência de serviços públicos assistenciais, o gestor público poder recorrer aos serviços privados existentes. A observância do disposto nesse parágrafo exige que o Poder Público discipline os limites da participação privada, em regime de complementaridade, para que não transforme o público em substitutivo.

Dados do Ministério da Saúde demonstram essa crescente substituição: (i) na atenção secundária, 55% dos serviços são públicos e 45% são privados; (ii) na atenção terciária, 75% são privados e 25% públicos; e (iii) a APS, que sempre foi 100% pública, já conta com 5% de participação privada. Por isso, para cumprir o que determina a Lei nº 8.080, de 1990, artigo 26, cabe, urgentemente, definir regras para o regime da complementaridade de forma a garantir que o serviço público não perca seu caráter principal na prestação de serviços à população; e definir, inclusive que a APS, serviço alicerce do SUS, com poderes estratégicos de Estado, não possa ser objeto de complementação.

É necessária uma política consistente sobre a parceria e fomento público a entidades civis sem fins lucrativos que atuem na assistência à saúde da população, com ênfase no papel das filantrópicas, que deve observar a mesma lógica constitucional da complementaridade e não da substituição - uma política pública que determine o que deve ser exclusivamente público e o que pode ser objeto de contratação no setor privado ou de celebração de parcerias, por via de convênios, contratos de gestão e outros ajustes congêneres, assim como seus limites e controles efetivos.

Por outro lado, não se pode perder de vista o disposto no artigo 197 da Constituição que determina ao Poder Público regular, controlar e fiscalizar os serviços públicos e privados. Tem sido crescente a ocorrência de instituição de clínicas privadas populares de saúde, sem regulação, fiscalização e controle públicos.

A saúde privada, que cresce amplamente, conta, em grande parte, com o capital estrangeiro à revelia da vedação expressa no artigo 199, § 3º, da Constituição, que ressalva apenas as situações previstas em lei – vedação tornada inócua pelo art. 142 da Lei n. 13.097, de 2015 que abriu todas as áreas da saúde para o capital estrangeiro, em desrespeitoso alargamento do significado do dispositivo constitucional, sendo tema objeto da ADI 5435, de 2015, ainda não julgada pelo STF.

De nada adiantará aumentar o financiamento da saúde se ele for quase todo destinado ao setor privado complementar, por via da contratação de serviços ou do fomento público a entidades privadas do Terceiro Setor.

Propostas

- ▶ Estabelecer uma política pública que defina a atuação pública de saúde, os limites e as possibilidades de terceirização, por via de contratação ou de parcerias e, fomento público e disponha sobre os institutos adequados a serem utilizados, respeitando o que já dispõe a Lei n. 8080, de 1990 sobre o regime de complementaridade somente poder ser adotado na ausência de serviços públicos.
- ▶ Estabelecer uma política que defina ser a APS um serviço público estratégico não passível de terceirização em todas as suas formas.
- ▶ Estabelecer regramentos da medicina de caráter popular, suas clínicas e rígida fiscalização e controle.
- ▶ Atuar para que a ADI 5435 seja julgada, pois está no STF desde 2016 sem nenhum voto, para o deslinde da questão constitucional da abertura do capital estrangeiro na saúde.

5. Formação de pessoal

A política de formação de pessoal para o SUS, prevista no art. 200 da Constituição, ainda não saiu do papel, uma vez que não se conseguiu, nas últimas três décadas, formar pessoal para o modelo assistencial do SUS, que se fundamenta na APS - ou seja, na prevenção e promoção da saúde; no diagnóstico e no tratamento precoce; na aproximação e na vinculação dos profissionais de saúde aos núcleos populacionais; e na vinculação do usuário ao SUS; e despertar, nos profissionais do SUS, o sentimento de pertencimento à saúde pública. O que tem prevalecido, durante todos esses anos, é o modelo curativo, hospitalar, de medicina diagnóstica especializada como porta de entrada, nem sempre criteriosa, em detrimento ao modelo da APS e suas estratégias, como a saúde da família.

Propostas

- ▶ Estabelecer política pública que melhor defina os vínculos de trabalho no SUS, para mitigar a sua pulverização, como atualmente vem ocorrendo.
- ▶ Estabelecer política pública de formação de recursos humanos na saúde que priorize a formação de profissionais para a APS e incentive a fixação de profissionais de saúde, especialmente médicos, em locais com essa dificuldade, como residentes com bolsas oferecidas pelo Poder Público, para atuarem um período nessas localidades.
- ▶ Fortalecer a interação entre a saúde e o sistema de educação e a fixação de diretrizes educacionais que atendam ao SUS.

6. Ciência, tecnologia e inovação

Incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e inovação na saúde, conforme determina o artigo 200-V da Constituição, implica atuar nacionalmente para que o SUS possa contar com suficiência nacional e diminuir progressivamente a dependência externa, como, por exemplo, no investimento em laboratórios públicos que possam dar suporte ao SUS - um mercado de mais de 300 bilhões de reais para em compra de produtos, serviços, medicamentos e tecnologias e contratação de pessoal.

A despeito do comando constitucional dado ao Poder Público, de investimento na ciência, na tecnologia e na inovação no SUS, coerente com a necessidade de prover saúde para 212 milhões de habitantes, não foi esse o caminho percorrido pelo País, que, ao invés de manter laboratórios públicos e a pesquisa em universidades e institutos, tem optado frequentemente pela compra externa, com pouca incorporação tecnológica, perdendo o Brasil na geração de empregos, de impostos e de suficiência tecnológica para as demandas do SUS.

Nesse campo, há ainda a questão da incorporação de tecnologia no SUS que carece de melhorias e de revisão. É preciso fortalecer o posicionamento de governo no sentido de haver apenas um único órgão, nacional e autônomo - a Conitec, competente para realizar análises sobre essa incorporação, tanto no SUS quanto para os planos de saúde, sob o crivo da transparência das relações custo-efetividade, do direito humano e de outros princípios aplicáveis. Para isso, é fundamental investir na perspectiva de qualificação e ampliação da atuação da Conitec, em nível nacional, de modo autônomo.

O investimento do MS na criação de banco de pareceres sobre medicina baseada em evidência para apoio do Judiciário em suas decisões, configura-se como uma duplicação de atividade pública para o mesmo fim. O mais correto, nesse caso, seria fortalecer o órgão público de incorporação de tecnologia, evitando-se, ao máximo, a judicialização, ou seja, o deslocamento, do Executivo para o Judiciário, da competência de incorporação de tecnologias no SUS.

Outro aspecto relevante a ser considerado refere-se aos preços de medicamentos no País, que merecessem revisão para serem mais justos, a fim de garantir o direito à saúde.

Emerge, também, de forma urgente, a necessidade de regulação e controle dos projetos de telessaúde e de telemedicina, cujo potencial de expansão é intensivo, com perfis mercadológicos diferenciados para a grande maioria da população "SUS-dependente" e para o mercado consumidor de planos e seguros de saúde - verdadeiros "macronichos" de mercado.

Há, ainda, que se comprometer com a promoção do avanço na capacidade de cobertura assistencial, a começar pela APS, observadas diretrizes e procedimentos claros e objetivamente atrelados às diretrizes constitucionais – as quais precisam ser estabelecidas, sob pena de o SUS universalizar um mercado de ações e produtos de baixa ou nula resolutividade e transferir as responsabilidades das relações profissionais diretas e intransferíveis para a população. Para isso, é preciso iniciar pelo investimento nas equipes de saúde de família e fixar profissionais de nível superior acessíveis à população. Nesse campo, a os métodos de "saúde digital" podem ser de grande utilidade, mas sob rígida regulação e controle público.

Propostas

- ▶ Promover a retomada dos investimentos no complexo industrial e econômico da saúde, colocando o sistema universal de saúde e seu poder de compra em posição de centralidade, no âmbito das políticas estatais de pesquisa, desenvolvimento e inovação.
- ▶ Aperfeiçoar as PDP's (Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo), incluindo inovações (em especial para doenças tropicais negligenciadas) e marcos de controle (interno, externo e popular).
- ▶ Rever a Lei de Propriedade Industrial, para impedir o patenteamento de moléculas que não preencham os requisitos de novidade e atividade inventiva. (Por exemplo, PL nº 5.402/13, da Câmara dos Deputados).
- ▶ Rever o marco relacionado ao registro de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, para se exigir a apresentação de informações econômicas e planilhas de custo de P&D. (Por exemplo, PL 5591/20, do Senado Federal).

- ▶ Aprimorar o monitoramento periódico da disponibilidade dos medicamentos de necessidade essencial e dos críticos, no mercado, incluindo insumos de toda a cadeia produtiva, de modo a mitigar os efeitos deletérios do desabastecimento.
- ▶ Rever a lei de criação da Anvisa, de modo a inserir entre suas competências a anuência prévia sobre o processo de patenteamento de tecnologias na área sanitária.
- ▶ Promover a retomada de parcerias bilaterais e multilaterais, para o fomento da pesquisa, do desenvolvimento, da inovação e do acesso a medicamentos seguros, eficazes, de qualidade, e a preços acessíveis. (Por exemplo, a negociação conjunta de preços de medicamentos pelos países do Mercosul).
- ▶ Promover o fortalecimento institucional da Conitec, de forma a garantir maior autonomia técnica, administrativa e financeira ao órgão colegiado, incluindo o monopólio para avaliação de tecnologias em saúde (ATS) no SUS e na Saúde Suplementar concomitantemente, em prazo razoável, regulamentando a avaliação de ofício das tecnologias sanitárias, tão logo recebam o registro da Anvisa e precificação pela CMED).
- ▶ Articular no sentido da criação de uma coordenação nacional para a convivência adequada da saúde pública e da saúde complementar, com a implementação de regras transparentes sobre seus campos de atuação e seus pontos de encontro, acompanhamento da incorporação tecnológica simultânea nos dois sistemas e ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos.

7. Intersetorialidade das políticas públicas

O modelo assistencial do SUS – fundado na integração das ações preventivas com os serviços curativos, conforme art. 198-II da Constituição e Lei n. 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) – tem suas bases na premissa de que as ações preventivas estão intimamente ligadas aos determinantes sociais da saúde, impondo ao SUS a atuação intersetorial, em reconhecimento ao fato de a saúde também decorrer das condições sociais e econômicas nacionais. Sendo assim, a efetiva articulação intersetorial das políticas públicas é essencial para o atendimento ao conceito constitucional da integralidade da atenção à saúde, de forma a evitar que o SUS não seja o estuário de doenças próprias da falta de saneamento, meio ambiente, renda, emprego, educação, moradia, alimentação.

Essa deve ser uma diretriz permanente na implantação das política de saúde – de não abdicação da integração com as demais políticas sociais e econômicas – especialmente quando considerado que a desigualdade social é, provavelmente, um dos mais perversos problemas do Brasil, que não consegue mitigar a miséria, a fome e a falta de moradia, de saneamento e de trabalho - causas de diversos males na saúde da população, conforme bem define o art. 3º da Lei nº 8.080.

Nesse sentido, para se cumprir aos objetivos do SUS, previstos nos incisos I e II do art. 5º da Lei Orgânica da Saúde, fazem-se necessárias: (i) a identificação e a divulgação, pelo SUS, dos fatores determinantes e condicionantes da saúde; e (ii) a formulação de uma política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social.

Além do mais é de fundamental importância que o processo de planejamento das ações e serviços de saúde tenha um componente intersetorial, de articulação com os demais setores de políticas públicas, de forma a garantir a definição de estratégias intersetoriais, voltadas para o saneamento básico, para a implementação da política de medicamentos, equipamentos, imunológicos e de outros insumos de interesse da saúde, dentre outros. Nesse campo, de forma geral, a atuação das autoridades sanitárias tem deixado a desejar, inclusive no que se refere à integração sistêmica das três áreas da seguridade social: saúde, assistência e previdência social.

Propostas

- ▶ Promover a maior interação entre as áreas da seguridade social para planejamento de ações e serviços de interesse comum.
- ▶ Promover o planejamento intersetorial, especialmente nas regiões de saúde, entre todos os entes federativos.
- ▶ Promover a formulação pelo SUS de política de saúde destinada a cumprir a Lei n° 8.080 , de 1990, § 1° do artigo 2°.
- ▶ Promover a identificação e a divulgação anual dos fatores condicionantes e determinantes de saúde pelos dirigentes da saúde.
- ▶ Promover a implementação das políticas intersetoriais de modo contínuo, mediante institucionalização de uma coordenação de todos os setores envolvidos e avaliação dos resultados de modo periódico.

8. Controle, avaliação e fiscalização

Esse é um tema importante a ser considerado na presente Agenda, em vista das complexidades organizativa e de funcionamento do SUS e da intensa participação do setor privado, no âmbito do Sistema, de modo complementar.

Na área da saúde, de forma diferenciada das demais áreas de política pública, há a previsão de um órgão de controle interno próprio – a Auditoria do SUS, presente tanto na esfera federal, quanto no Distrito Federal, Estados e Municípios, que funciona de forma apartada dos órgãos de controle interno do Poder Executivo, como a Controladoria Geral da União, do Governo Federal.

Faz-se necessário, ainda, discutir o controle interno e externo sobre a forma de transferências de recursos federais entre os demais entes federativos, visto que essas transferências, até hoje, têm aparentemente, feição convenial, com previsão de controles federais que têm afetado autonomia dos entes estaduais e municipais, ainda que as transferências devam ser diretas e automáticas.

Destaca-se que, sendo as competências para cuidar da saúde comuns aos três entes da Federação e sendo obrigatória a integração de ações e serviços de todos eles e as transferências de recursos, não há espaço para o controle de caráter convenial em relação aos recursos públicos transferidos fundo a fundo pela União a estados e municípios, com interferência dos órgãos de controle federais no sistema de controle de cada ente federativo, em franco desrespeito à autonomia político-administrativa assegurada pela Constituição Federal.

Também o controle dos ajustes celebrados com o setor privado complementar - contratado e conveniado, que vem, na prática, realizando no SUS grande parte dos serviços hospitalares e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, pulverizados pelo País – não pode ficar sob o controle federal por ferir a descentralização das ações e serviços de saúde e a autonomia do ente federativo contratante.

Outro aspecto de relevância é o controle anual de desempenho, um dos critérios de rateio dos recursos da União para Estados e Municípios, e que não tem sido objeto do controle do SUS.

Dentro do tema do controle, permanecem pendentes a discussão sobre a capacidade e/ou a possibilidade do controle e da avaliação: (i) das condutas diagnósticas e terapêuticas evitáveis; (ii) da duração das esperas nos agendamentos com agravamento das doenças; (iii) da atuação nos esforços pela expansão e da resolutividade da APS; (iv) do entendimento de que "complementar" não é "substitutivo"; (v) da questão de "quem controla quem" e, por final; (vi) da falta de expansão dos serviços públicos próprios, o que deveria estar no âmbito do critério de rateio que considera o desempenho do ente federativo.

Propostas

- ▶ Fortalecer o sistema federativo pelo reconhecimento da competência dos estados e municípios no controle interno e externo de suas ações, serviços e execução orçamentário-financeira de todos os recursos da saúde.
- ▶ Promover a cooperação entre os órgãos de controle interno e externo na fiscalização das transferências interfederativas dos recursos da saúde em respeito às autonomias federativas.
- ▶ Repensar a auditoria interna do SUS em relação aos órgãos de controle interno dos entes federativos para evitar duplicação de serviços para o mesmo fim para cumprir o disposto no artigo 7º, XIII, da Lei nº 8.080, de 1990.
- ▶ Ampliar o escopo do controle do SUS focando o seu desempenho, seus resultados qualitativos e quantitativos e a satisfação do seu usuário.
- ▶ Verificar o cumprimento do disposto na Lei nº 10.460, de 2017 que trata dos direitos dos usuários dos serviços públicos.

9. Participação social

A participação social no SUS, na qualidade de mandamento constitucional, precisa ser aperfeiçoada de fato para estar presente no planejamento das políticas de saúde, no monitoramento, na avaliação e na fiscalização de sua execução. Não tem sido poucos os problemas que os conselhos de saúde têm enfrentado para, de fato, participar do planejamento das políticas de saúde e monitorar a sua execução; dentre eles: (i) a cooptação de suas decisões pelo Chefe do Poder Executivo ou por políticas partidárias; (ii) a presença de conselheiros que, transcendendo o seu papel de controle, intentam intervir na gestão das políticas públicas de saúde, desconsiderando ser essa competência própria e intransferível do Secretário de Saúde; (iii) a falta de estrutura administrativa e técnica adequada para o seu regular funcionamento; e (iv) a ausência de uma política de crescimento e fortalecimento da participação social no SUS, dentre outros.

Propostas

- ▶ Promover a obrigatoriedade de garantia de recursos públicos para o funcionamento adequados dos conselhos de saúde no país.
- ▶ Promover a melhoria da estruturação administrativa e técnica dos conselhos.
- ▶ Promover a maior efetividade do controle exercido pelos conselhos.
- ▶ Promover medidas punitivas para os gestores quando seus relatórios de gestão não são aprovados.
- ▶ Vedar a permanência tanto de entidades quando de seus representantes nos conselhos após dois mandatos.
- ▶ Fixar um interstício para a volta de um mesmo representante de entidades como conselheiro ou em suas comissões.
- ▶ Garantia de capacidade postulatória aos conselhos de saúde.