



fisc

Saúde



República Federativa do Brasil
Tribunal de Contas da União

Ministros

Aroldo Cedraz (Presidente)
Raimundo Carreiro (Vice-presidente)
Walton Alencar Rodrigues
Benjamin Zymler
Augusto Nardes
José Múcio Monteiro
Ana Arraes
Bruno Dantas
Vital do Rêgo

Ministros-Substitutos

Augusto Sherman Cavalcanti
Marcos Bemquerer Costa
André Luís de Carvalho
Weder de Oliveira

Ministério Público junto ao TCU

Paulo Soares Bugarin (Procurador-geral)
Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-geral)
Cristina Machado da Costa e Silva (Subprocuradora-geral)
Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)
Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)
Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Relatório Sistêmico de Fiscalização de Saúde

Exercício 2014

Relatoria:

BENJAMIN ZYMLER

Ministro

Brasília, 2016

© Copyright 2016, Tribunal de Contas de União

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

<www.tcu.gov.br>

Permite-se a reprodução desta publicação,
em parte ou no todo, sem alteração do conteúdo,
desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

Brasil. Tribunal de Contas da União.

Relatório sistêmico de fiscalização de saúde : exercício 2014 / Tribunal de Contas da União; Relator Ministro Benjamin Zymler. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2016.

103 p. – (Relatório Sistêmico de Fiscalização - Fisc)

O conteúdo está relacionado ao Processo nº TC 002.142/2015-5 e ao Acórdão nº 426/2016-TCU-Plenário.

1. Saúde pública. 2. Assistência à saúde. 3. Assistência hospitalar. 4. Assistência oncológica. 4. Medicamento. I. Título. II. Série. III. FiscSaúde. IV. Sistema Único de Saúde.

MENSAGEM DO PRESIDENTE

O Tribunal de Contas da União, no contínuo propósito de contínuo propósito de aprimorar seus processos de trabalho e oferecer melhores serviços ao Estado e à sociedade, tem evoluído significativamente no exercício de sua missão constitucional.

A exemplo da efetividade alcançada, ano a ano, na Fiscalização de Obras Públicas (Fiscobras), percebeu-se que sistemática semelhante poderia ser desenvolvida e aplicada em outras áreas de atuação da Corte de Contas.

Formalmente, seguiram-se algumas provocações ao Plenário para que o estudo da questão fosse iniciado, a exemplo de comunicação do Ministro Raimundo Carreiro, na Sessão Plenária de 27/1/2011, bem como de manifestação deste Presidente em Declaração de Voto, proferida por ocasião do exame da consolidação do Fiscobras de 2011 (TC- 028.136/2010-1).

A proposta pretendia a criação de um produto, nos moldes do Fiscobras, que oferecesse uma visão mais sistêmica das funções de governo para o Congresso Nacional, para os gestores de políticas públicas, para a comunidade acadêmica e para os brasileiros.

Como efeito desse esforço intelectual, o Tribunal promoveu ajustes na sua estrutura para avançar na direção da fiscalização especializada, ampla e, sobretudo, integrada.

Já em 2013, muitas auditorias foram conduzidas em áreas relevantes e alguns produtos desse esforço evolutivo vêm sendo apresentados em “Relatórios Sistêmicos de Fiscalização (Fisc)”. Nestes trabalhos é retratada a situação financeira e orçamentária do tema auditado, com o fim precípua de contribuir para a evolução dos serviços públicos ofertados pelo Estado ao cidadão.

Por intermédio dos Fiscs, são efetuadas análises de caráter sistêmico, capazes de identificar fragilidades na alocação de recursos ou na execução de políticas públicas. Como resultado, são apontados os principais problemas da função, na visão do Tribunal, bem como apresentadas propostas de acompanhamento de questões mais complexas, o que é realizado, ano a ano, pelo TCU, para a verificação da evolução dos achados até que eles sejam resolvidos.

Agora, a intenção é que os Relatórios sejam disponibilizados ao público em sequência de publicações.

Neste FiscSaúde 2014, desenvolvido pela Secretaria de Controle Externo da Saúde e relatado pelo Ministro Benjamin Zymmler, realizou-se um apanhado dos principais trabalhos do Tribunal nessa importante função de governo, cujos gastos totais são sempre bastante representativos no conjunto de despesas no orçamento da União.

O presente relatório tratou de temas como o cartão SUS, a atenção básica, o Programa Mais Médicos e a judicialização da saúde, e abordou, entre outros assuntos, questões orçamentárias e financeiras afetas à área e reuniu elementos sobre fiscalizações realizadas pelo TCU.

Por meio deste trabalho, pretende-se, além de disponibilizar informações importantes para todos os atores envolvidos, fornecer insumos para o planejamento das fiscalizações do TCU de modo que as edições subsequentes do relatório possam observar a evolução e o impacto das políticas públicas de saúde avaliadas.

A experiência gradual e progressiva decorrente dessas auditorias permitirá, sem dúvida, que o processo seja aprimorado, abrindo espaço, entre outras evoluções, ao desenvolvimento de sistemas informatizados e de logística, além de aperfeiçoamento legislativo. Tal processo permitirá o fornecimento de diagnóstico por meio de análise de áreas de relevância para as Comissões do Congresso Nacional e para o Poder Executivo, a fim de que possam acompanhar e, em suas respectivas esferas de atuação, elaborar e/ou aperfeiçoar políticas públicas associadas às funções de governo correspondentes.

Portanto, é com grande satisfação que disponibilizamos mais este resultado da efetiva atuação do Tribunal de Contas da União em prol do aprimoramento da gestão pública.

AROLDO CEDRAZ
Presidente

SUMÁRIO

MENSAGEM DO PRESIDENTE.....	3
SUMÁRIO	5
LISTA DE SIGLAS.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE GRÁFICOS.....	12
LISTA DE TABELAS	16
INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1- Aspectos Orçamentários e Financeiros	19
1.1 Quanto a Função Saúde representa no orçamento da União	19
1.2 Quem são os responsáveis pelo gasto dos recursos federais da saúde	19
1.3 Como são gastos os recursos federais da saúde (principais subfunções da Função Saúde).....	21
1.3.1 Subfunção 301 – Atenção Básica	22
1.3.2 Subfunção 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	23
1.3.3 Subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico	24
1.4 Qual o mínimo que a União deve gastar com a Saúde?.....	24
CAPÍTULO 2 - Monitoramento e Avaliação.....	27
2.1 Distribuição de recursos federais para estados, DF e municípios.....	29
2.1.1 Recursos federais totais transferidos a outras unidades da federação	29
2.1.2 Recursos federais transferidos por região	30

2.1.3 Recursos federais transferidos por bloco de financiamento.....	31
2.1.4 Transferências fundo a fundo x Transferências diretas.....	33
2.1.5 Recursos transferidos para a Atenção Básica	34
2.1.6 Recursos transferidos para a Atenção de Média e Alta Complexidade	36
2.1.7 Recursos transferidos para a Vigilância em Saúde.....	37
2.1.8 Recursos transferidos para a Assistência Farmacêutica.....	38
2.1.9 Recursos transferidos para investimentos	39
2.1.10 Recursos transferidos a estados x Recursos transferidos a municípios	40
2.2 atendimentos a usuários em estados distintos de sua residência.....	41
2.2.1 Visão geral de atendimentos fora do estado de origem em 2013.....	41
2.3 Ações judiciais para a aquisição de medicamentos.....	44
2.3.1 Ações judiciais para aquisição de medicamentos	45
2.3.2 Medicamentos de maior impacto financeiro	47
2.4 Doenças negligenciadas	48
2.4.1 Hanseníase	49
2.4.2 Tuberculose	50
2.4.3 Dengue	52
2.4.4 Malária	54

2.4.5 Leishmaniose visceral.....	55
2.4.6 Doença de Chagas.....	56
2.4.7 Esquistossomose.....	57
CAPÍTULO 3 - Temas Acompanhados pelo Tribunal de Contas da União	59
3.1 Cartão SUS	60
3.2 Atenção Básica.....	62
3.3 Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde	65
3.4 Medicamentos	68
3.4.1 Farmácia Básica.....	68
3.4.2 Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos	70
3.5 Hemobrás.....	72
3.6 Política Nacional de Atenção Oncológica	74
3.7 Mamógrafos	76
CAPÍTULO 4 - Trabalhos em Destaque na Área da Saúde	79
4.1 Mais Médicos.....	79
4.1.1 Acompanhamento do Programa Mais Médicos.....	79
4.1.2 Auditoria operacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil	83
4.2 Auditoria Coordenada dos Tribunais de Contas brasileiros na Atenção Básica	86

4.3 Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo	87
4.4 Governança do Sistema Único de Saúde.....	89
4.5 Regulação dos reajustes de preços de planos de saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar	90
4.6 Terceirização de ações e serviços de saúde.....	91
4.7 Sistema estadual de armazenagem e distribuição de medicamentos	92
4.8 Operação Sanguessuga – monitoramento das deliberações	92
Notas	94
CONCLUSÃO	96
VOTO	98
DECLARAÇÃO DE VOTO	179
DELIBERAÇÃO	180
ACÓRDÃO Nº 426/2016 – TCU – Plenário.....	180

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGU	Advocacia-Geral da União
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
Atricon	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
Cacon	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CADSUS Web	Sistema de Cadastro de Usuários do SUS
CDJU	Coordenação de Compra por Demanda Judicial
Ceaf	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria-Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Cosem	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DF	Distrito Federal
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	Sistema e-SUS Atenção Básica
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FiscSaúde	Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Hemobrás	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Idec	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

Inca	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
IPA	Índice Parasitário Anual
IRB	Instituto Rui Barbosa
LFB	Laboratoire Français du Fractionnement et des Biotechnologies
MAC	Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OFSS	Orçamento Fiscal e da Seguridade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso de Atenção Básica
PDP	Parceria para o Desenvolvimento Produtivo
PERSUS	Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
REHUF	Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento Econômico
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
Secex-GO	Secretaria de Controle Externo no Estado de Goiás
Secex-PR	Secretaria de Controle Externo no Estado do Paraná
SecexSaúde	Secretaria de Controle Externo da Saúde
SecobInfraurbana	Secretaria de Fiscalização de Obras de Infraestrutura Urbana
Selog	Secretaria de Controle Externo de Aquisições Logísticas
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIOP	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
Siscan	Sistema de Informação de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unacon	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema do modelo de avaliação do sistema de saúde (Fisc Saúde 2013)	27
Figura 2: Internações Hospitalares de Média e Alta Complexidades fora do estado de origem (2013).....	42
Figura 3: Produções Ambulatoriais de Alta Complexidade fora do estado de origem (2013)	43
Figura 4: Cartão SUS – objetivos e gastos	60
Figura 5: Composição da Equipe de Saúde da Família	63
Figura 6: Esquema de processo de ressarcimento ao SUS.....	65
Figura 7: Principais achados da auditoria operacional na assistência farmacêutica básica (Acórdão 1.459/2011-TCU-Plenário)	69
Figura 8: Implementação do Acórdão 1.459/2011-Plenário (Farmácia Básica).....	70
Figura 9: Composição da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)	70
Figura 10: Implementação do Acórdão 3.016/2012-Plenário (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED).....	71
Figura 11: Importância estratégica da Hemobrás	72
Figura 12: Programa Mais Médicos – ações.....	79
Figura 13: Implementação do Acórdão 3.614/2013-Plenário (Mais Médicos)	82
Figura 14: Números da auditoria coordenada na Atenção Básica	87
Figura 15: Componentes do Modelo do TCU para avaliação de governança em políticas públicas	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Função Saúde – Execução Orçamentária da União – aplicação direta e transferências –Valores liquidados (2002-2014)	20
Gráfico 2: Função Saúde – Percentual de Execução Orçamentária por Modalidade de Aplicação (liquidado) – (2002-2014)	21
Gráfico 3: Valores liquidados nas subfunções típicas da Função Saúde (2009-2014).....	22
Gráfico 4: Evolução dos recursos federais transferidos a estados, DF e municípios (2000-2013)	29
Gráfico 5: Evolução dos recursos federais transferidos a estados, DF e municípios (em relação ao PIB)	30
Gráfico 6: Evolução dos recursos federais transferidos por região (em relação ao PIB).....	30
Gráfico 7: Evolução dos recursos transferidos por região (em relação ao PIB <i>per capita</i>)	31
Gráfico 8: Recursos federais transferidos para Atenção Básica e Média e Alta Complexidade (em relação ao PIB).....	32
Gráfico 9: Recursos federais transferidos para os demais blocos (em relação ao PIB)	32
Gráfico 10: Participação relativa dos grandes blocos de financiamento (2000-2013)	33
Gráfico 11: Transferências Fundo a Fundo x Transferências Diretas (2000-2013).....	34
Gráfico 12: Piso de Atenção Básica Fixo x Piso de Atenção Básica Variável (2013) ...	35
Gráfico 13: Composição do Piso Variável de Vigilância e promoção da Saúde (2013)	35
Gráfico 14: Recursos per capita transferidos em Atenção Básica (2013).....	36

Gráfico 15: Recursos transferidos para Média e Alta Complexidade (2013).....	36
Gráfico 16: Recursos per capita transferidos para Média e Alta Complexidade (2013)	37
Gráfico 17: Recursos transferidos a estados/municípios em Vigilância (2013)	37
Gráfico 18: Composição do Piso Variável de Vigilância e promoção da Saúde (2013)	37
Gráfico 19: Recursos transferidos para Assistência Farmacêutica (2013).....	38
Gráfico 20: Valores per capita transferidos para Assistência Farmacêutica (2013).....	39
Gráfico 21: Recursos transferidos para investimentos (2013)	39
Gráfico 22: Valores per capita transferidos para investimentos (2013)	40
Gráfico 23: Transferências a Estados x Transferências a Municípios.....	40
Gráfico 24: Evolução do número total de atendimentos fora do estado de origem (2008-2013).....	44
Gráfico 25: Decisões judiciais para aquisição de medicamentos – por região de origem das demandas (2010-2013)	45
Gráfico 26: Taxa de decisões judiciais para aquisição de medicamentos – por região de origem das demandas (2010-2013)	46
Gráfico 27: Número de decisões judiciais para aquisição de medicamentos – por estado (2013).....	46
Gráfico 28: Decisões judiciais para aquisição de medicamentos – despesas superiores a R\$ 1 milhão (2013)	47
Gráfico 29: Doenças negligenciadas – transferências fundo a fundo (2003-2013)	48

Gráfico 30: Doenças negligenciadas – transferências para programas específicos de controle da dengue (2003-2013)	49
Gráfico 31: Taxa de prevalência da hanseníase no Brasil (2004-2012)	49
Gráfico 32: Taxa de prevalência da hanseníase por UF (2012)	50
Gráfico 33: Taxa de incidência da tuberculose por UF (2012)	51
Gráfico 34: Letalidade da tuberculose	51
Gráfico 35: Taxa de incidência da dengue no Brasil (2001-2013).....	52
Gráfico 36: Taxa de incidência da dengue por UF (2012).....	53
Gráfico 37: Letalidade da dengue (2002-2012)	53
Gráfico 38: Índice Parasitário Anual da malária por UF (2012)	54
Gráfico 39: Letalidade da malária (2002-2012)	55
Gráfico 40: Taxa de incidência da leishmaniose visceral por UF (2012).....	56
Gráfico 41: Letalidade da leishmaniose visceral (2001-2012).....	56
Gráfico 42: Casos confirmados da Doença de Chagas aguda por ano do 1º sintoma (2001-2013).....	57
Gráfico 43: Evolução do número de óbitos causados pela Doença de Chagas (2001-2011).....	57
Gráfico 44: Casos confirmados de esquistossomose por ano do 1º sintoma (2001-2013).....	58
Gráfico 45: Casos confirmados de esquistossomose por UF (2012)	58
Gráfico 46: Letalidade da esquistossomose (2002-2012)	58

Gráfico 47: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família (1998-2014)	64
Gráfico 48: Percentual da população assegurada por planos privados de saúde (2002-2014)	66
Gráfico 49: Ressarcimento ao SUS – receitas realizadas – total arrecadado (2000-2014)	67
Gráfico 50: Ressarcimento ao SUS – inscrição em Dívida Ativa – valor total enviado (2006-2014)	67
Gráfico 51: Número de mamógrafos disponíveis ao SUS por região (2009-2014).....	78
Gráfico 52: Projeto Mais Médicos para o Brasil – números e distribuição regional (2014)	84
Gráfico 53: Supervisão dos médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil	85
Gráfico 54: Subfunção Atenção Básica no orçamento federal da Função Saúde (2005-2014).....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Execução Orçamentária da União – Valores liquidados por função (2014).....	19
Tabela 2: Função Saúde: Execução Orçamentária da União – aplicação direta e transferências – Valores liquidados (2002-2014).....	20
Tabela 3: Valores liquidados das principais ações na Subfunção 301 (2013 e 2014) ...	22
Tabela 4: Valores liquidados das principais ações na Subfunção 302 (2013 e 2014) ...	23
Tabela 5: Apuração do Mínimo Constitucional em Ações e Serviços Públicos de Saúde	25
Tabela 6: Valores inscritos em Restos a Pagar e aplicação do Mínimo em Saúde (2013).....	25
Tabela 7: Cartão SUS – Despesa Liquidada (2001-2014)	61
Tabela 8: Taxa de cobertura dos planos de saúde por região (2013-2014).....	66
Tabela 9: Contratos celebrados com o <i>Laboratoire Français du Fractionnement et des Biotechnologies</i> (transferência de tecnologia e produção de hemoderivados).....	73
Tabela 10: Tempo entre o primeiro diagnóstico confirmado de câncer e o início do primeiro tratamento.....	75
Tabela 11: Programa Mais Médicos – Despesa liquidada.....	80
Tabela 12: 80º Termo de Cooperação Técnica entre Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde (valores contratados 2013-2014).....	81

INTRODUÇÃO

Em 2013, o Tribunal de Contas da União (TCU) deu início à elaboração de relatórios sistêmicos e temáticos sobre funções de governo específicas, com o objetivo de aprimorar o controle externo e subsidiar os trabalhos do Congresso Nacional e de suas Comissões. A experiência pioneira pretendia reforçar a atuação do Tribunal cada vez mais focada em temas considerados relevantes.

O Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde) representa levantamento de escopo amplo, alinhado com o objetivo estratégico do Tribunal de atuar de forma seletiva e sistêmica em áreas de risco e relevância. Além disso, constitui instrumento que pretende fornecer ao Congresso Nacional informações de modo estruturado sobre a situação da saúde no Brasil e os principais trabalhos do TCU na área, contribuindo para o estreitamento das relações entre os dois órgãos.

Dando sequência ao processo iniciado com o FiscSaúde 2013, este relatório traz mais uma vez a visão do Tribunal acerca da saúde no Brasil e busca ampliar a divulgação de suas análises e conclusões sobre os relevantes temas fiscalizados, para, além do Congresso Nacional, destinatário principal deste trabalho, também aos gestores públicos, demais órgãos de controle, tribunais de contas estaduais e municipais, conselhos de saúde, acadêmicos, organismos nacionais e internacionais, Poder Judiciário, Ministério Público etc. – todos aqueles direta ou indiretamente afetos à área, que podem utilizar as informações aqui oferecidas para subsidiar sua atuação, no âmbito das respectivas competências –, e, em última instância, para toda a sociedade brasileira, fomentando o exercício do controle social.

Este relatório não pretende fornecer diagnóstico completo da situação da saúde do país, mas a compilação de trabalhos realizados pelo Tribunal em temas de grande relevância na área da saúde.

O FiscSaúde 2014 está estruturado em quatro capítulos:

- **Capítulo 1: Aspectos orçamentários e financeiros:**
Nesse capítulo, são apresentados dados consolidados da execução do orçamento da Saúde até 2014, referentes a aplicações diretas e transferências, gastos por modalidade de aplicação e por subfunções típicas, além de informações sobre a aplicação do Mínimo em Saúde.
- **Capítulo 2: Monitoramento e avaliação**
O capítulo apresenta os resultados do relatório objeto do TC 027.827/2014 3, autuado com a finalidade de agregar novos indicadores ao modelo de avaliação do sistema de saúde no Brasil proposto pelo TCU no FiscSaúde 2013. Os novos indicadores referem-se à estrutura do sistema de saúde, com informações sobre financiamento do Sistema Único de Saúde, ao desempenho do sistema, com informações sobre atendimentos fora do domicílio do usuário e despesas com decisões judiciais, e à situação da saúde da população, com informações acerca de doenças negligenciadas.

- **Capítulo 3: Temas acompanhados pelo TCU**

O capítulo apresenta temas objeto de acompanhamento contínuo pelo Tribunal, por sua relevância social e pela materialidade dos recursos envolvidos: Cartão Nacional de Saúde, Atenção Básica, ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, regulação dos preços de medicamentos e licitações para sua aquisição, e implementação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).
- **Capítulo 4: Trabalhos em destaque na área da saúde**

O capítulo apresenta as conclusões das principais fiscalizações realizadas na área da saúde pelo TCU em 2014: Mais Médicos, Auditoria Coordenada dos Tribunais de Contas brasileiros na área da Atenção Básica, Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, governança no Sistema Único de Saúde, regulação dos reajustes de preços de planos de saúde, terceirização de ações e serviços de saúde, sistema estadual de armazenagem e distribuição de medicamentos, e resultados da Operação Sanguessuga.

CAPÍTULO 1

Aspectos Orçamentários e Financeiros

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde estaduais e municipais de maneira regular e automática. De modo geral, compete aos municípios gerir e executar as ações e os serviços de saúde, em especial as ações relacionadas com a Atenção Básica (AB).

1.1 Quanto a Função Saúde representa no orçamento da União

A Função Saúde tem grande importância, pois constitui o terceiro maior conjunto de despesas dentro do orçamento na União, entre todas as funções orçamentárias. Na tabela abaixo, são apresentados os valores liquidados pela União com as funções que representaram os maiores gastos em 2014.

Tabela 1: Execução Orçamentária da União – Valores liquidados por função (2014)

Função (Código/Descrição)	Valor (R\$)	% do Total
28 – Encargos Especiais	1.247.007.871.340	56%
09 – Previdência Social	494.021.483.210	22%
10 – Saúde	86.657.737.261	4%
12 – Educação	81.414.428.304	4%
11 – Trabalho	69.646.718.277	3%
08 – Assistência Social	68.338.786.752	3%
05 – Defesa Nacional	34.896.031.266	2%
02 – Judiciária	26.737.193.270	1%

Fonte: Siafi

1.2 Quem são os responsáveis pelo gasto dos recursos federais da saúde

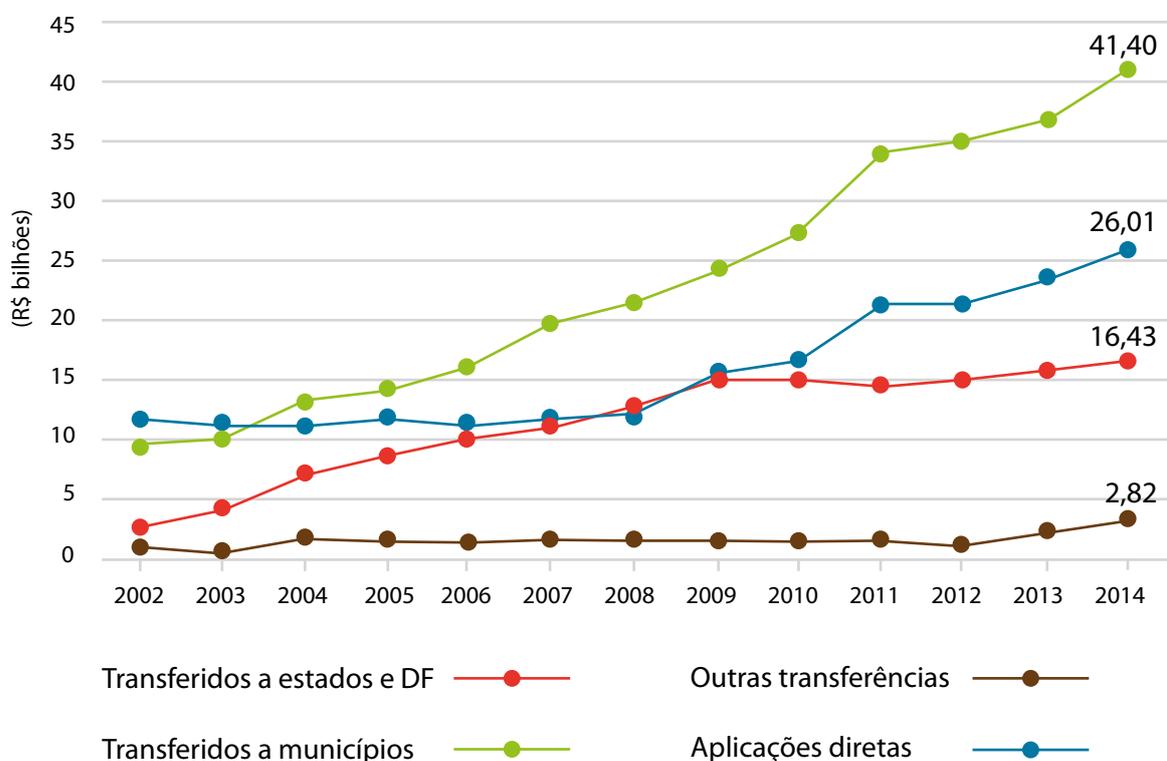
A seguir, são apresentados dados relativos à execução orçamentária da União na Função Saúde quanto aos montantes aplicados de forma direta por esse ente e às transferências realizadas a estados e municípios, no período de 2002 a 2014.

Tabela 2: Função Saúde: Execução Orçamentária da União
– aplicação direta e transferências – Valores liquidados (2002-2014)

Ano	Transferidos a estados e DF	Transferidos a municípios	Outras transferências (exterior, instituições privadas sem fins lucrativos)	Aplicações diretas	TOTAL
2002	2.987.704.713,00	9.338.188.635,00	454.293.405,00	11.678.767.558,00	24.458.954.311,00
2003	4.436.069.070,00	10.168.118.661,00	417.996.529,00	11.345.690.336,00	26.367.874.596,00
2004	7.170.842.610,00	12.839.786.647,00	864.843.849,00	11.391.895.587,00	32.267.368.693,00
2005	8.764.014.913,00	13.974.760.708,00	804.467.985,00	11.972.414.909,00	35.515.658.515,00
2006	10.463.340.158,00	15.979.842.260,00	910.784.696,00	11.480.364.274,00	38.834.331.388,00
2007	11.122.265.335,00	19.593.080.721,00	843.918.474,00	11.704.650.270,00	43.263.914.800,00
2008	12.778.792.875,00	21.632.522.192,00	788.938.539,00	12.305.350.823,00	47.505.604.429,00
2009	14.785.281.892,00	24.176.261.552,00	807.718.073,00	15.195.248.951,00	54.964.510.468,00
2010	15.276.564.858,00	27.124.604.188,00	718.020.587,68	16.348.537.327,00	59.467.726.960,68
2011	14.794.948.693,00	33.879.081.074,00	912.017.347,00	21.279.168.003,00	70.865.215.117,00
2012	15.257.066.126,17	34.865.465.438,00	671.968.071,00	21.107.628.289,00	71.902.127.924,17
2013	15.494.985.938,91	36.745.096.908,31	1.529.462.027,82	23.512.730.841,72	77.282.275.716,76
2014	16.433.580.114,37	41.398.702.989,12	2.818.809.533,78	26.006.644.625,61	86.657.737.260,88

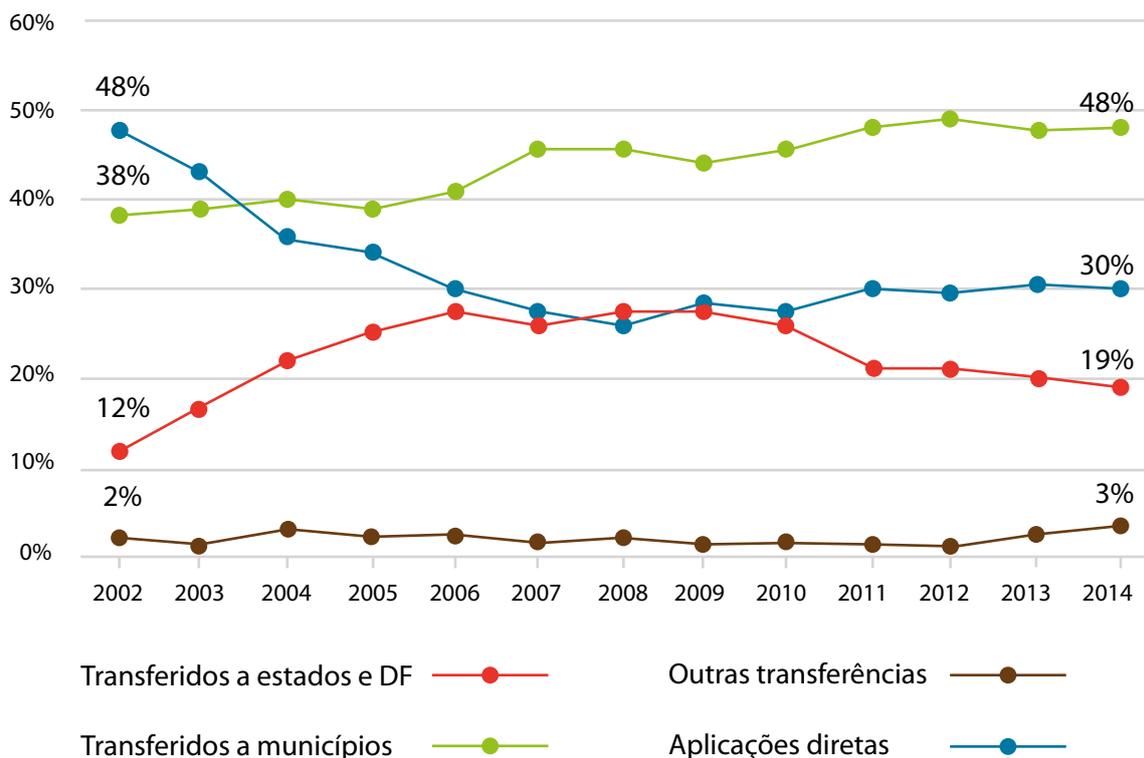
Fonte: Siga Brasil, LOA – Despesa Execução – por Função (atualização em 23/1/2015)

Gráfico 1: Função Saúde – Execução Orçamentária da União
– aplicação direta e transferências – Valores liquidados (2002-2014)



Fonte: Siga Brasil, LOA – Despesa Execução – por Função (atualização em 23/1/2015)

Gráfico 2: Função Saúde – Percentual de Execução Orçamentária por Modalidade de Aplicação (liquidado) – (2002-2014)



Fonte: Siga Brasil, LOA – Despesa Execução – por Função (atualização em 23/1/2015)

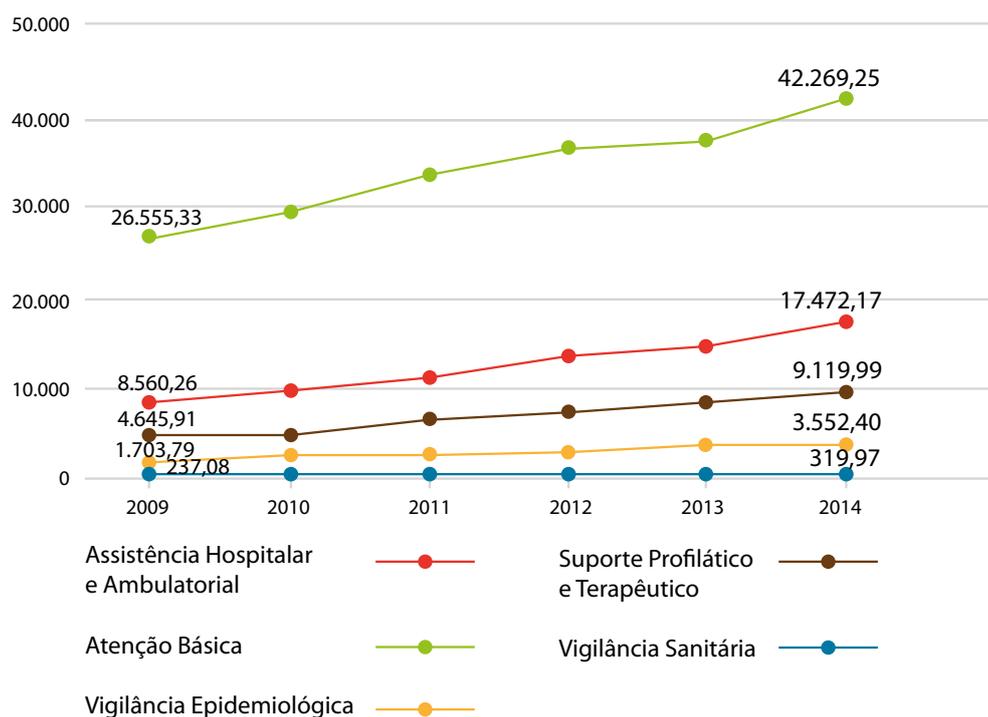
Das informações acima, verifica-se que a União preconiza o modelo de descentralização para execução do orçamento na Função Saúde, de forma que, em 2014, 67% foi executado pelos estados e Distrito Federal (DF) (19%) e municípios (48%). Assim, do total do orçamento federal da saúde, naquele exercício, apenas 30% foi gasto de forma direta pela própria União.

1.3 Como são gastos os recursos federais da saúde (principais subfunções da Função Saúde)

A classificação do gasto público em função e subfunção permite identificar a área em que ocorrerá a ação governamental. A função corresponde ao maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público, enquanto a subfunção corresponde à natureza dessa atuação. Nesse sentido, existem, por exemplo, as funções Saúde e Educação, assim como as subfunções Atenção Básica (típica da Função Saúde) e Ensino Fundamental (típica da Função Educação).

O gráfico a seguir reflete a evolução da disponibilização de recursos para a Função Saúde e a execução orçamentária nas principais subfunções típicas (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, e Vigilância Epidemiológica) até 2014. Conforme se pode observar, as subfunções 302 (Assistência Hospitalar e Ambulatorial), 301 (AB) e 303 (Suporte Profilático e Terapêutico) representam os maiores gastos dentro da Função Saúde, motivo pelo qual se fará breve análise de cada uma delas.

Gráfico 3: Valores liquidados nas subfunções típicas da Função Saúde (2009-2014)



Fonte: Siafi – Orçamento Fiscal e da Seguridade Social (OFSS)

1.3.1 Subfunção 301 – Atenção Básica

A Subfunção 301 abrange as ações desenvolvidas para atender ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que incluem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Entre as ações orçamentárias relacionadas a essa subfunção, destacam-se as seguintes: Piso de Atenção Básica (PAB), construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Saúde Bucal e expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tabela 3: Valores liquidados das principais ações na Subfunção 301 (2013 e 2014)

Principais Ações	2013	2014
20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família e 8577 – Piso de Atenção Básica Fixo	13.267	16.013
12L5 – Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS	480	835
2004 – Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e seus Dependentes	379	384
8730 – Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada	162	165
8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde	102	11
Demais ações da Subfunção 301 – Atenção Básica	96	63
TOTAL	14.485	17.472

Fonte: Siga Brasil

Os dispêndios relativos à Subfunção AB cresceram 104% entre 2009 e 2014. Em virtude disso, sua participação nos gastos totais da Função Saúde foi de 20% em 2014. A previsão orçamentária constante do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2015 para essa subfunção manteve a trajetória crescente e alcançou o valor de R\$ R\$ 20,1 bilhões. Em 2014, dos R\$ 17,4 bilhões executados em AB, cerca de 62% foram aplicados na ESF.

1.3.2 Subfunção 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

A Subfunção 302 abrange as ações relativas a procedimentos que demandem a disponibilização de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, a exemplo de cirurgias ambulatoriais, exames de laboratório necessários ao diagnóstico e tratamento de doenças, fisioterapia, próteses, órteses e anestesia. Tais despesas podem ser feitas por órgãos da administração federal ou de outros níveis de governo, ou com base em contratos e convênios celebrados com pessoas ou entidades privadas.

Os gastos relativos à Subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial aumentaram 59% entre 2009 e 2014. Por outro lado, a participação dessa subfunção nos gastos totais da Função Saúde caiu de 53%, em 2009, para 48%, em 2014.

Na tabela abaixo são apresentadas as principais ações da Subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Destaca-se a execução orçamentária da Ação 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, cujas despesas corresponderam a mais de 91% do total da Subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, em 2014.

Tabela 4: Valores liquidados das principais ações na Subfunção 302 (2013 e 2014)

Principais ações da Subfunção 302 – Assistência Hospitalar	(R\$ milhões)	
	2013	2014
8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	34.217	38.849
8761 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192	815	912
6148 – Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde – Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais	805	750
6217 – Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde	473	470
Demais ações da subfunção 302 – Assistência Hospital e Ambulatorial	1.247	1.287
TOTAL	37.556	42.269

Fonte: Siga Brasil

1.3.3 Subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico

A Subfunção 303 abrange as ações voltadas para a produção, a distribuição e o suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral. Essa subfunção representou 10,5% dos gastos totais da Função Saúde em 2014.

Os dispêndios relativos à Subfunção Suporte Profilático e Terapêutico cresceram 96% entre 2009 e 2014. Em 2015, a previsão orçamentária para essa subfunção, constante do PLOA 2015, é de R\$ 11,8 bilhões, mantendo sua trajetória crescente em volume de gastos.

1.4 Qual o mínimo que a União deve gastar com a Saúde?

A Emenda Constitucional (EC) 29 obriga todos os entes federativos a aplicar percentual mínimo anual dos recursos financeiros públicos no custeio da assistência à saúde. Essa emenda acrescentou o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, segundo o qual a União, a partir do exercício de 2001, deveria aplicar no mínimo o correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior. Em 2012, foi promulgada a Lei Complementar 141, que manteve essa regra e a regulamentou.

Os artigos 3º e 4º da LC 141/2012 definiram as despesas que podem ser consideradas ações e serviços de saúde. No entanto, ainda existe controvérsia sobre as ações e serviços de saúde que devem ser considerados para o cálculo do valor mínimo a ser aplicado, de forma que esse tema foi objeto de Consulta¹ encaminhada ao TCU pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, ainda em exame nessa Corte de Contas.

Antes de avaliar o cumprimento da regra de aplicação de valor mínimo em saúde ao longo dos últimos exercícios, é importante tecer algumas considerações a respeito de limitações relacionadas com a forma de cálculo desse valor. Quando da fixação das despesas no projeto de lei orçamentária para o exercício seguinte, o elaborador do orçamento ainda não sabe quanto será empenhado no ano, pois o projeto de lei deve ser enviado ao Congresso Nacional até 31 de agosto. Além disso, não é possível conhecer com exatidão a variação nominal do PIB no ano, uma vez que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), historicamente, divulga em fevereiro do ano seguinte o resultado do PIB relativo ao ano anterior, com possibilidade de correções posteriores.

Assim, o elaborador do orçamento, ao fixar as despesas para a saúde, não sabe com precisão qual o valor mínimo a ser estabelecido, pois não dispõe de informações sobre quanto será empenhado no ano ou mesmo sobre a variação do PIB, trabalhando, apenas, com expectativas e projeções desses dados.

Como consequência disso, tem-se a necessidade de ajustes nas dotações ao longo do ano – inclusive com a utilização de créditos adicionais, para se adequar ao valor prescrito na lei – e o aumento do risco de a União não atingir o valor mínimo legal, visto que podem ocorrer eventos excepcionais que alterem as projeções iniciais de variação do PIB ou do valor empenhado no ano anterior.

Tabela 5: Apuração do Mínimo Constitucional em Ações e Serviços Públicos de Saúde

(R\$ milhões)

Ano	% PIB	Valor Mínimo (LC 141/2002)	Valor Aplicado (empenhado – incluindo o total inscrito em Restos a Pagar)	Excedente	Total inscrito em Restos a Pagar
2012	6,01%	---	78.211	---	8.301
2013	10,31%	82.912	83.053	141	6.938
2014		91.616*	91.898	282	6.815

Fonte: Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) de 2006 a 2014 – último bimestre; IBGE; Siafi

* No RREO 2014 consta como mínimo em saúde para o mesmo exercício o valor de R\$ 91.614 milhões. No entanto, o valor empenhado em 2013 (R\$ 83.053 milhões) acrescido da variação nominal do PIB (10,31%) resulta em um mínimo de R\$ 91.616 milhões para 2014, cerca de R\$ 2 milhões a mais. Neste relatório, foi considerado o valor corrigido para fins de cálculo do excedente.

Em 2013, primeiro exercício completo após a publicação da LC 141/2012, verificou-se que a União superou o valor mínimo a ser aplicado em saúde, no entanto, desse valor, R\$ 6,9 bilhões foram inscritos em restos a pagar. É preciso destacar que, em decorrência da entrada em vigor da referida norma, o Ministério da Saúde (MS) ajustou o cálculo das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde executadas no exercício de 2012, publicadas no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) do 6º bimestre de 2013 (janeiro a dezembro).

Como resultado, para fins de registro de tais despesas do exercício de 2012, foi publicado o total de R\$ 78,21 bilhões referentes ao valor aplicado no RREO de 2013, diferente do montante de R\$ 80,07 bilhões publicado no RREO de 2012. Tal alteração resultou da retirada de ações que haviam sido computadas como ações de saúde pública, a exemplo das relacionadas a saneamento básico não contempladas na norma geral, a resíduos sólidos e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, com a edição da LC 141/2012, passaram a não mais integrar o piso, o que representou redução de R\$ 1,86 bilhão do total que havia sido inicialmente considerado como despesas em saúde de 2012. Por conseguinte, alterou-se a base para o cálculo do mínimo aplicável em 2013.

A LC 141/2012 estabeleceu, ainda, que as parcelas correspondentes a cancelamentos ou prescrições de restos a pagar que forem consideradas para fins de cumprimento mínimo em saúde deverão necessariamente ser aplicadas na saúde, além do valor definido como mínimo para o exercício. Nessa hipótese, os recursos devem ser utilizados até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

Tabela 6: Valores inscritos em Restos a Pagar e aplicação do Mínimo em Saúde (2013)

(R\$ milhões)

Inscrição em Restos a Pagar referentes a Ações e Serviços Públicos de Saúde	
1. Excesso sobre o valor mínimo em 2013	141
2. Valores inscritos em Restos a Pagar em 31/12/2013	6.938
3. (-) Restos a Pagar relativos a 2013 cancelados em 2014	243
4. (=) Saldo final do valor mínimo em saúde de 2013	-102

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) de 2013 (último bimestre) e Siafi Gerencial

Verifica-se que a União executou, em 2013, R\$ 141 milhões a mais que o mínimo legal em saúde, e que, em 2014, houve o cancelamento de restos a pagar inscritos no exercício anterior no total de R\$ 243 milhões. Assim, em 2015, deverão ser aplicados em ações e serviços de saúde, além do valor mínimo legal para o ano, mais R\$ 102 milhões, em atendimento ao comando da LC 141/2012. De maneira análoga, caso a União cancele em 2015 qualquer valor de empenhos relativos a 2014 computados como aplicação no mínimo em saúde, deverá compensar esse valor no orçamento de 2016.

Em 2014, para atingir o valor mínimo em saúde, a União inscreveu R\$ 6,8 bilhões em restos a pagar, resultando num excedente de aplicação de R\$ 282 milhões. Nos próximos exercícios, caso seja cancelado valor de restos a pagar de 2014 maior que o excedente observado, deverá ser feita compensação da diferença no orçamento do exercício seguinte, de modo a cumprir a lei.

Tal situação deve ser acompanhada pelo TCU, para evitar que os empenhos relacionados à dotação de compensação sejam novamente inscritos em restos a pagar, postergando indefinidamente o cumprimento da regra do mínimo.

Cabe registrar que, em 17 de março de 2015, foi promulgada a EC 86, a qual, entre outras providências, modificou o artigo 198, § 2º, inciso I, da Constituição Federal (CF), alterando a metodologia de cálculo do valor mínimo que deverá ser aplicado em saúde, a partir do exercício de 2016.

Com essa alteração, a União deverá aplicar no mínimo 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro em ações e serviços públicos de saúde. Entretanto, esse percentual de aplicação ocorrerá de forma escalonada, progressiva e anual: em 2016, a aplicação mínima constituirá 13,2% da RCL e aumentará anualmente até atingir 15% em 2020.

De forma a avaliar o impacto dessa alteração na Carta Magna, verificou-se que em 2014, de acordo com o RREO do 6º semestre, a União gastou em ações e serviços públicos de saúde (conforme definição constante na LC 141/2012) 14,32% da RCL de 2014. Numa situação hipotética, caso fosse adotado o correspondente a 13,2% da RCL em 2014, a aplicação do mínimo em saúde poderia ter sido reduzida em cerca de R\$ 7,2 bilhões.

Dessa forma, conclui-se que, nos primeiros anos de vigência da EC 86, o financiamento de ações e serviços de saúde corre o risco de dispor de menos recursos para suas despesas do que se continuasse sendo aplicado o regramento da EC 29.

Há que se ressaltar, ainda, que a EC 86 também dispôs que as emendas parlamentares deverão ser executadas obrigatoriamente pelo Poder Executivo e que metade do valor dessas emendas deverá ser destinado a ações e serviços públicos de saúde. No entanto, esse valor será incluído no cálculo do valor mínimo a ser aplicado na saúde pela União.

CAPÍTULO 2

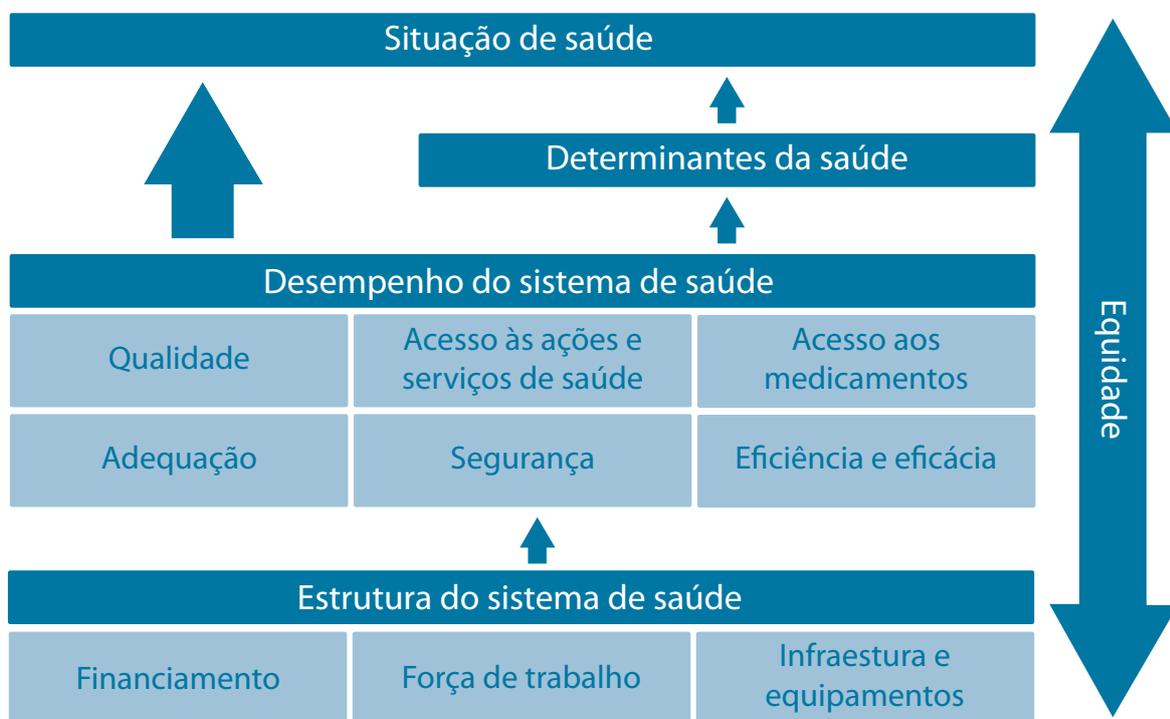
Monitoramento e Avaliação

A avaliação dos sistemas de saúde constitui tarefa complexa, ante as diversas dimensões e perspectivas que podem ser consideradas. Tal avaliação preconiza a utilização de indicadores como mecanismos necessários para conhecer os diferentes aspectos da atenção à saúde.

No FiscSaúde 2013, o TCU apresentou modelo de avaliação do sistema de saúde brasileiro – público e privado – por meio de indicadores, estruturado a partir do que existe de mais moderno na literatura mundial. O modelo do TCU adotou o arcabouço daquele desenvolvido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), pela possibilidade de comparação internacional do sistema brasileiro com o de outros países, todavia com adaptações necessárias à realidade do Brasil.

Os indicadores do modelo do TCU foram calculados a partir de bases de dados do MS, da OCDE, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da ANS e de outras instituições ligadas à saúde, privilegiando-se aqueles de maior confiabilidade de dados. O modelo então desenvolvido pelo Tribunal pode ser assim representado:

Figura 1: Esquema do modelo de avaliação do sistema de saúde (Fisc Saúde 2013)



O bloco da situação de saúde é formado por medidas que procuram refletir o estado de saúde da população, a partir de indicadores de mortalidade, morbidade, funções humanas e bem-estar.

O bloco dos determinantes da saúde tem como objetivo demonstrar os fatores que influenciam a saúde da população. Foram considerados apenas os determinantes comportamentais – consumo de tabaco e álcool –, uma vez que a legislação não considera como gasto em saúde as despesas com políticas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos.

O bloco do desempenho do sistema de saúde procura avaliar em que medida o sistema de saúde realiza de forma adequada suas funções, medindo aspectos relacionados com a eficiência, o acesso às ações e aos serviços de saúde e o acesso aos medicamentos.

O bloco da estrutura do sistema de saúde avalia a disponibilidade de recursos financeiros, humanos ou tecnológicos, para o desempenho de suas funções.

Por fim, a equidade está colocada transversalmente em todos os blocos do modelo, pois essa dimensão pode ser avaliada ao longo de todo o processo de desenvolvimento dos serviços de saúde. O sistema de saúde deve ser desenhado tendo em vista a justiça na contribuição financeira e na prestação dos serviços.

O FiscSaúde 2013 apresentou as conclusões da análise dos indicadores calculados, que apontaram para a existência de graves desigualdades no sistema de saúde brasileiro, tanto na comparação do modelo público com o privado, quanto dentro do SUS, quando comparadas as regiões do país. Tal desigualdade pode ser encontrada em todos os blocos do modelo de avaliação, desde a estrutura do sistema de saúde até a situação de saúde da população.

Para o exercício de 2014, a mesma metodologia foi observada, mas novos indicadores foram selecionados a partir de sua relevância para o sistema de saúde brasileiro e da confiabilidade dos dados, com destaque aos dados domésticos, para comparação entre as diferentes unidades federadas.

Foram acrescentados indicadores aos blocos: estrutura do sistema de saúde, com informações sobre financiamento do SUS; desempenho do sistema, com informações sobre atendimentos fora do domicílio do usuário e despesas com decisões judiciais; e situação da saúde da população, com informações acerca de doenças negligenciadas.

Os indicadores ora apresentados foram construídos a partir de métrica própria, explicadas junto à análise dos resultados. Tais indicadores são aproximações da realidade apresentada, necessitando de interpretação no contexto em que estão inseridos, sem revelar causas dos fenômenos identificados, tampouco fornecer soluções. Para adequada compreensão dos produtos a que se referem, é necessário avaliá-los em seu conjunto.

Neste FiscSaúde 2014, é apresentado a seguir resumo das análises e conclusões do trabalho de levantamento operacional que constitui o TC 027.827/2014-3, que teve como objetivo incorporar novos indicadores ao modelo de avaliação do sistema de saúde elaborado anteriormente pelo TCU.

2.1 Distribuição de recursos federais para estados, DF e municípios

A distribuição de recursos federais para ações e serviços de saúde para estados e municípios foi expressamente indicada no item 9.2 do Acórdão 693/2014-TCU-Plenário como um dos temas a ser tratados no FiscSaúde 2014.

A maior parte dos recursos do SUS é oriunda de transferências de outras esferas federativas, que podem ocorrer de duas formas:

- Transferências Fundo a Fundo: repasses de valores de forma regular e automática, diretamente do FNS para estados, municípios e DF, a partir de pactuações, independentemente de convênios;
- Transferências Diretas: pagamentos do Governo Federal diretamente aos prestadores de serviços, bem como referentes a convênios firmados pelo MS com outros órgãos/entidades a partir de programas de governo específicos ou de emendas parlamentares.

Além dessas, os fundos estaduais e municipais recebem recursos de seus próprios orçamentos, englobando Fundos de Participação e Fundo Constitucional do DF. Os estados também repassam recursos aos fundos municipais, conforme regras próprias de cada ente.

As transferências de recursos federais podem ocorrer por meio, por exemplo, dos seguintes blocos de financiamento: AB, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e Diversos².

Nas comparações sobre transferências de recursos a outras unidades federadas, consolidaram-se os recursos transferidos a todos os municípios que compõem o estado, bem como as transferências aos prestadores de serviços nele situados. Foram analisados dados a partir de 2000, já que, até então, muitos estados e municípios não estavam habilitados a receber recursos repassados diretamente dos fundos de saúde nacional e subnacionais, e havia muitos pagamentos diretos a prestadores, o que poderia distorcer comparações históricas.

2.1.1 Recursos federais totais transferidos a outras unidades da federação

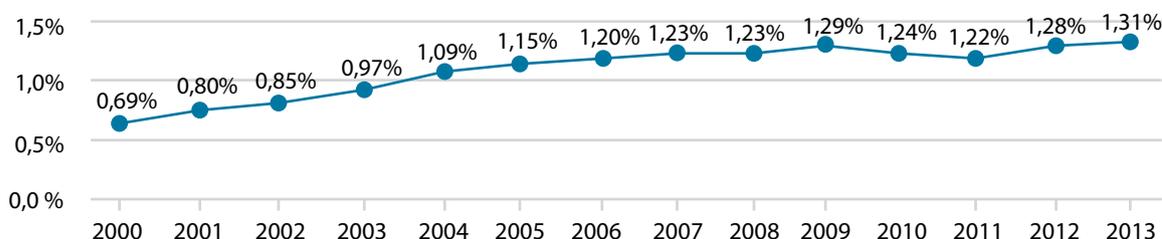
Os recursos federais transferidos a estados, DF e municípios para ações e serviços de saúde aumentaram de R\$ 8,1 bilhões em 2000 para R\$ 63,3 bilhões em 2013, de forma relativamente constante.



Fonte: Sala de apoio à Gestão Estratégica (SAGE/MS), Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA/IBGE), 8/10/2014

Analisando-se a evolução das transferências em relação ao PIB, o aumento se deu especialmente entre 2000 e 2007 (de 0,69% para 1,23% do PIB). Entre 2007 e 2011, as transferências oscilaram, mas com proporção constante em relação ao PIB do respectivo período. Contudo, a partir de 2011 voltou a haver ligeiro crescimento dos recursos repassados em relação ao PIB (de 1,22% para 1,31%).

Gráfico 5: Evolução dos recursos federais transferidos a estados, DF e municípios (em relação ao PIB)

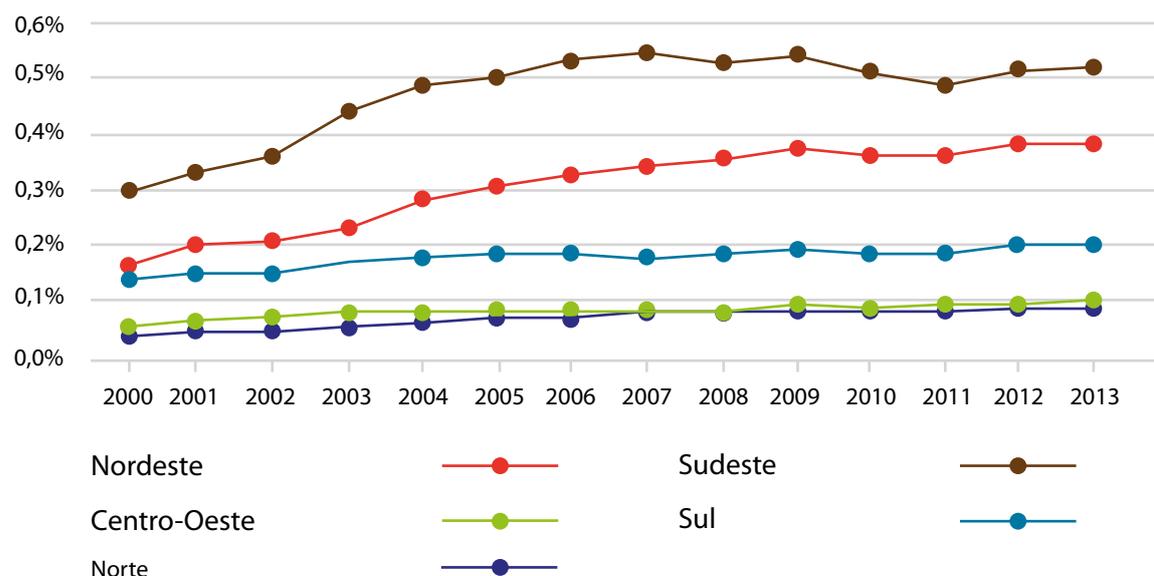


Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE, 8/10/2014

2.1.2 Recursos federais transferidos por região

Quanto ao total de recursos federais repassados por região, verifica-se expressivo aumento daqueles destinados ao Norte e Nordeste, com crescimento de aproximadamente 140% em relação ao PIB. Em 2000, 0,04% do PIB brasileiro correspondia a transferências para a região Norte e, em 2013, isso passou para 0,10%. De igual modo, em 2000, aproximadamente 0,16% do PIB brasileiro era destinado a transferências a estados e municípios situados na região Nordeste e, em 2013, isso foi para 0,39%. Para as regiões Sudeste e Centro-Oeste, houve aumento menos sensível. No Sudeste esse percentual passou de 0,29% para 0,52%, e, no Centro-Oeste, de 0,053% para 0,096%. A região Sul apresentou menor incremento de transferências em relação ao PIB: cerca de 50% (de 0,14% para 0,21%).

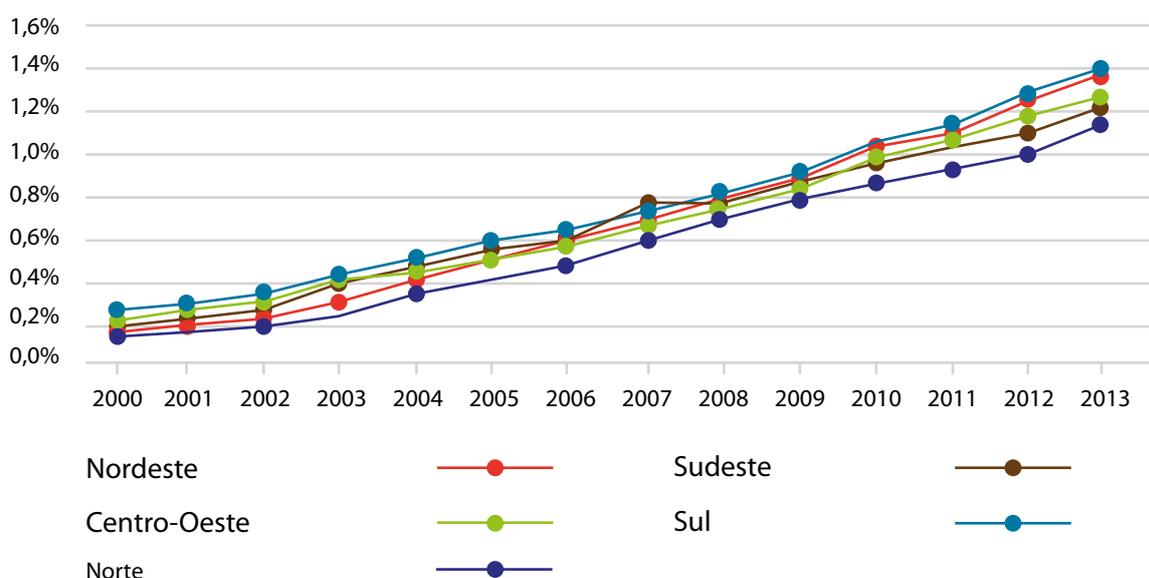
Gráfico 6: Evolução dos recursos federais transferidos por região (em relação ao PIB)



Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE, 8/10/2014

No entanto, a relação entre o PIB per capita nacional e as transferências per capita por região demonstra que, em 2000, a região Sul era a mais bem posicionada no ranking nacional (relação de 0,28%), e continuou a ser a mais bem posicionada em 2013 (1,44%). A região Norte era a que menos recebia recursos per capita em 2000 (relação de 0,16%) e continuou na mesma posição em 2013 (relação de 1,17%). A região que apresentou sensível melhora foi a Nordeste, que, em 2009, apresentava relação de 0,17% (a segunda pior) e, em 2013, de 1,40% (a segunda melhor). A região Centro-Oeste apresentou relação de 0,23% em 2000 e 1,23% em 2013; a região Sudeste, de 0,20% em 2000 e 1,23% em 2013.

Gráfico 7: Evolução dos recursos transferidos por região (em relação ao PIB per capita)



	2000	2013
NO	0,16%	1,17%
NE	0,17%	1,40%
CO	0,23%	1,29%
SE	0,20%	1,23%
Sul	0,28%	1,44%

Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE, 8/10/2014

2.1.3 Recursos federais transferidos por bloco de financiamento

Os blocos de AB e de MAC corresponderam a 87% das transferências a outros entes federativos em 2013. Na série histórica, houve grande aumento nos recursos destinados à MAC (0,39% do PIB em 2000 para 0,85% do PIB em 2013), ao passo que as transferências para ações de AB apresentaram aumento mais modesto (0,22% do PIB em 2000 e 0,29% do PIB em 2013). Além disso, o bloco de Assistência Farmacêutica ganhou relevância nos últimos anos (0,04% do PIB em 2000 e 0,08% em 2013).

Gráfico 8: Recursos federais transferidos para Atenção Básica e Média e Alta Complexidade (em relação ao PIB)

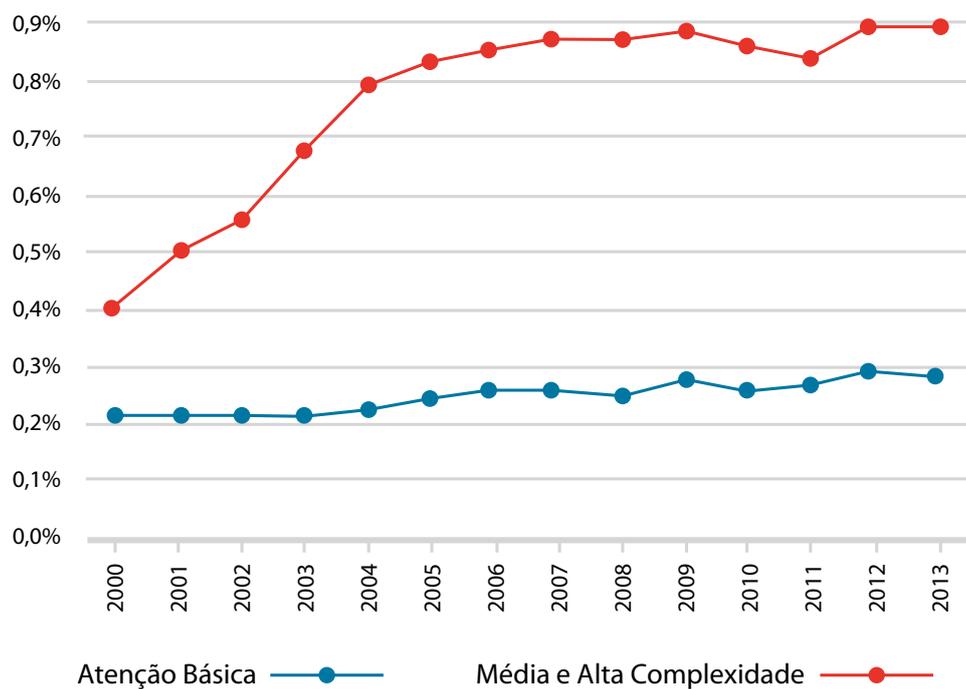
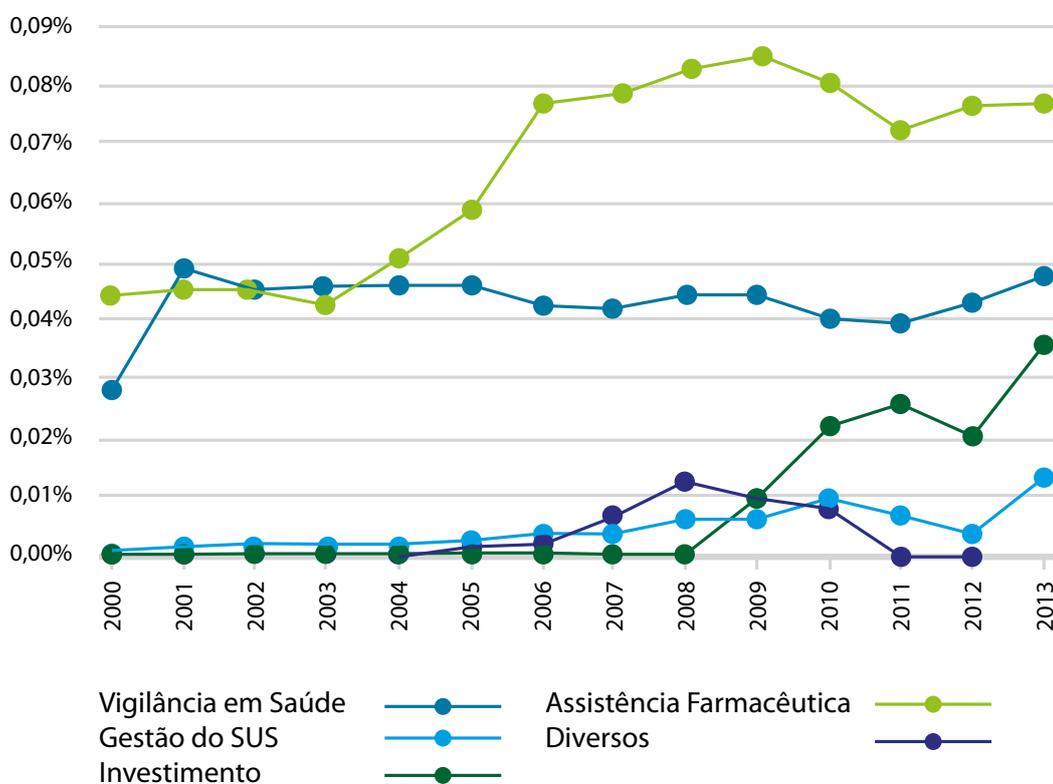


Gráfico 9: Recursos federais transferidos para os demais blocos (em relação ao PIB)

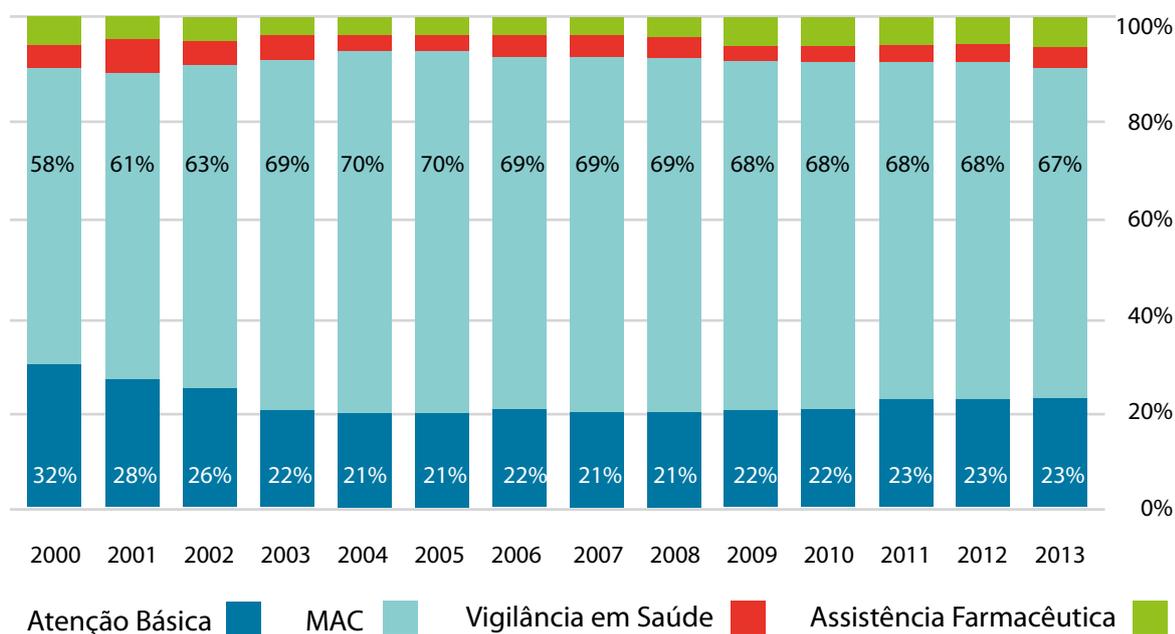


Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE, 8/10/2014

Se considerarmos a participação relativa dos quatro maiores blocos de financiamento do SUS (AB, MAC, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica), observa-se, do gráfico a seguir, que o bloco de AB perdeu relevância. Ele representava aproximadamente 32,1% dos recursos transferidos a estados, DF e municípios, e em 2013 essa participação baixou quase dez pontos percentuais, para 22,7%.

De igual modo, observa-se ligeira perda de representatividade do bloco de Vigilância em Saúde, que chegou a representar aproximadamente 6% dos recursos transferidos em 2001, número que foi reduzido para 3,8% em 2013. Por outro lado, houve aumento considerável do bloco de MAC, cuja relevância proporcional aumentou em dez pontos percentuais ao longo do período (de 57,5% para 67,5%).

Gráfico 10: Participação relativa dos grandes blocos de financiamento (2000-2013)

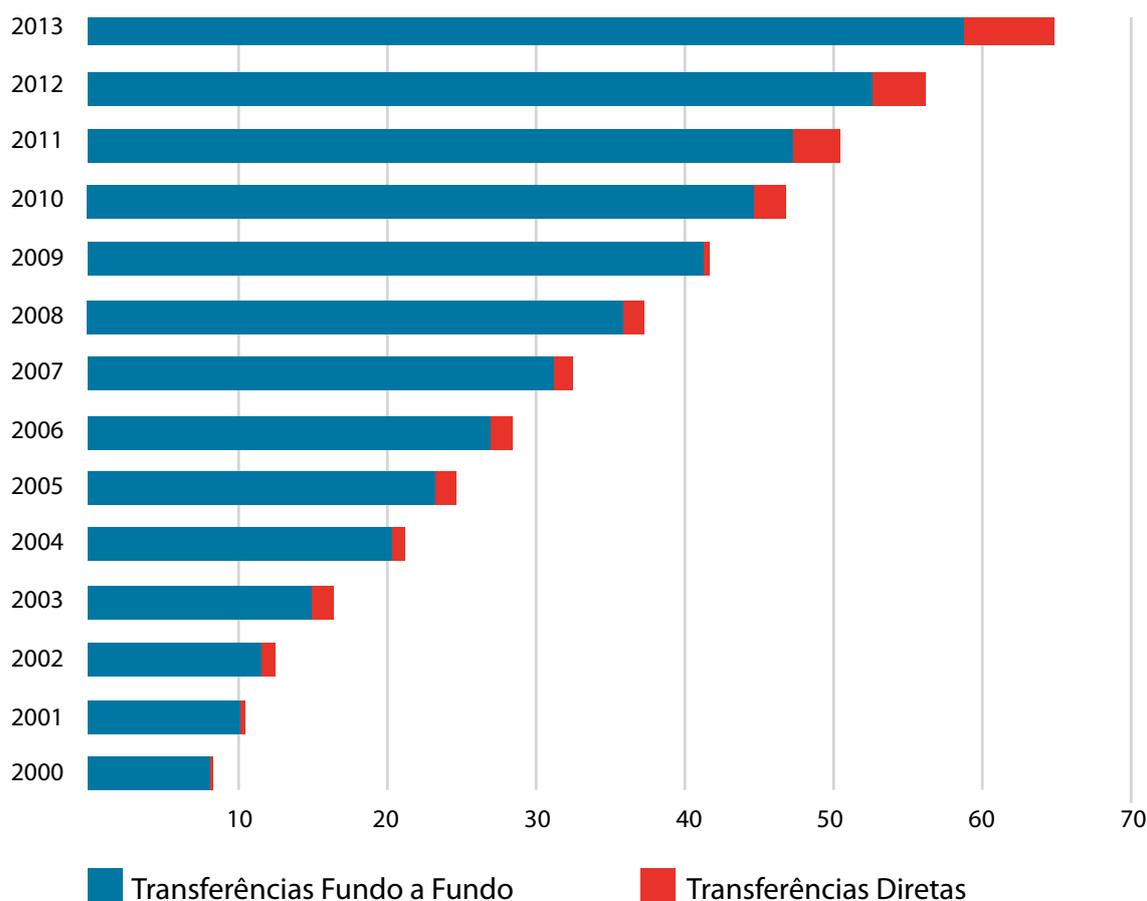


Fonte: SAGE/MS

2.1.4 Transferências fundo a fundo x Transferências diretas

A maior parte dos recursos federais transferidos a estados, DF e municípios se dá por meio de transferências fundo a fundo. Em 2000, apenas 0,01% das transferências foram classificadas como diretas, chegando a alcançar 9,6% nos exercícios de 2003 e de 2004. A partir de então, houve aumento gradual das transferências fundo a fundo, e as transferências diretas se mantiveram relativamente constantes (em aproximadamente R\$ 1 bilhão). Esse cenário se altera em 2010, quando as transferências diretas apresentaram gradativo aumento, atingindo aproximadamente 5,8 bilhões em 2013 (9,9% das transferências totais), impulsionadas especialmente pelos blocos de Média e Alta Complexidade e Assistência Farmacêutica.

Gráfico 11: Transferências Fundo a Fundo x Transferências Diretas (2000-2013)



Fonte: SAGE/MS

2.1.5 Recursos transferidos para a Atenção Básica

Aproximadamente 66% das transferências para AB no exercício de 2013 foram para o PAB Variável, ao passo que 34% foram para o PAB Fixo. Ou seja, os recursos federais transferidos dependem mais da adesão de estados e municípios a programas prioritários do MS (piso variável) do que de critérios demográficos (piso fixo). Essa realidade é diferente da existente em 2002, quando aproximadamente 56% dos recursos transferidos para a AB eram do PAB Fixo, e aproximadamente 44% do PAB Variável.

Em 2013, a composição dos gastos com o PAB Variável foi fortemente influenciada pelo Programa Saúde da Família (R\$ 3,25 bilhões) e pelos Agentes Comunitários de Saúde (R\$ 3,17 bilhões). Juntos, esses dois programas representaram 70,2% do PAB Variável. Além desses, receberam recursos consideráveis o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o Programa Saúde Bucal, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e a Atenção Domiciliar de Saúde. Por outro lado, iniciativas como o Programa Saúde na Escola, o Incentivo ao Programa Academia da Saúde e o Incentivo Financeiro para a Atenção à Saúde de Adolescente tiveram participação pequena no cálculo do PAB Variável, contabilizando, juntos, aproximadamente 0,3% das transferências totais.

Gráfico 12: Piso de Atenção Básica Fixo x Piso de Atenção Básica Variável (2013)

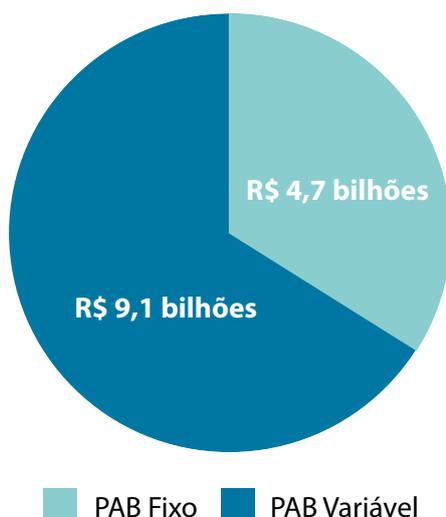
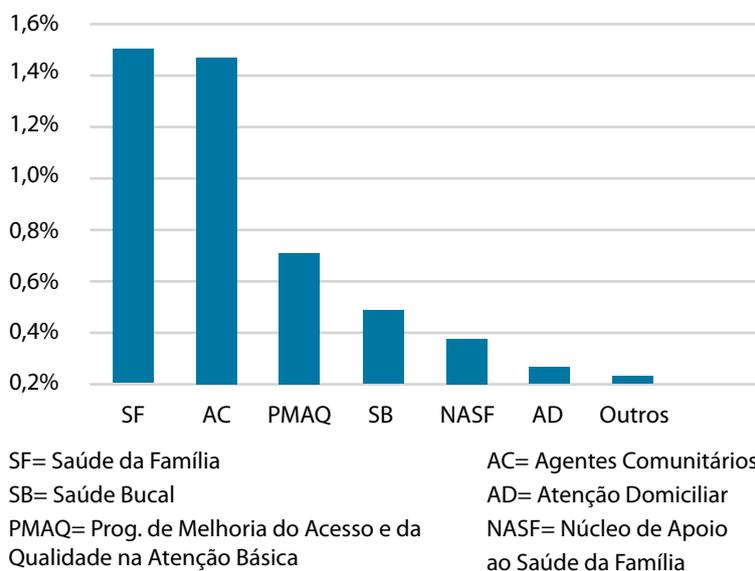


Gráfico 13: Composição do Piso Variável de Vigilância e promoção da Saúde (2013)

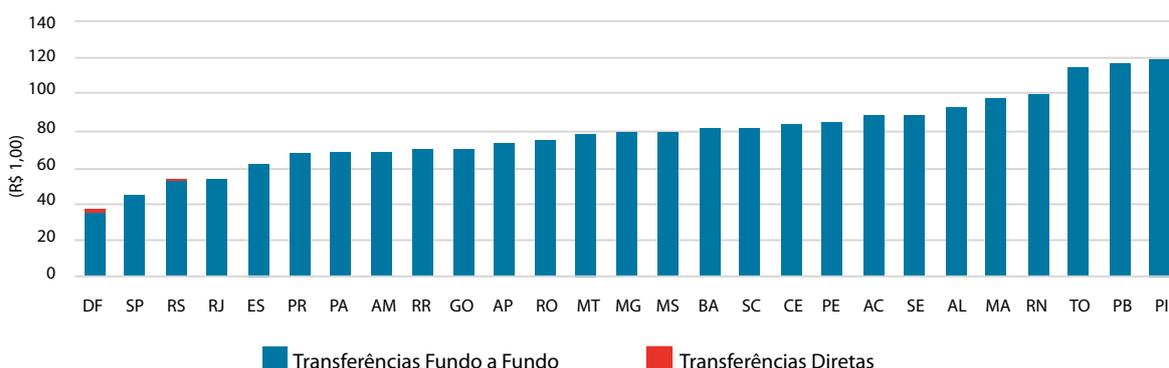


Fonte: SAGE/MS

As unidades da federação em que os programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem maior penetração receberam maiores recursos. A quase totalidade das transferências ocorre na modalidade fundo a fundo. O valor per capita transferido variou de R\$ 118,95 (Piauí) a R\$ 34,71 (DF).

No DF, esse valor pode se justificar pela baixa cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, em dezembro de 2013, a cobertura desses programas no DF foi de 20,80% e 20,06%, respectivamente. Em termos comparativos, no Piauí essa mesma cobertura foi de 99,62% (ACS) e de 96,61% (PSF). A média per capita dos valores transferidos foi de R\$ 78,44.

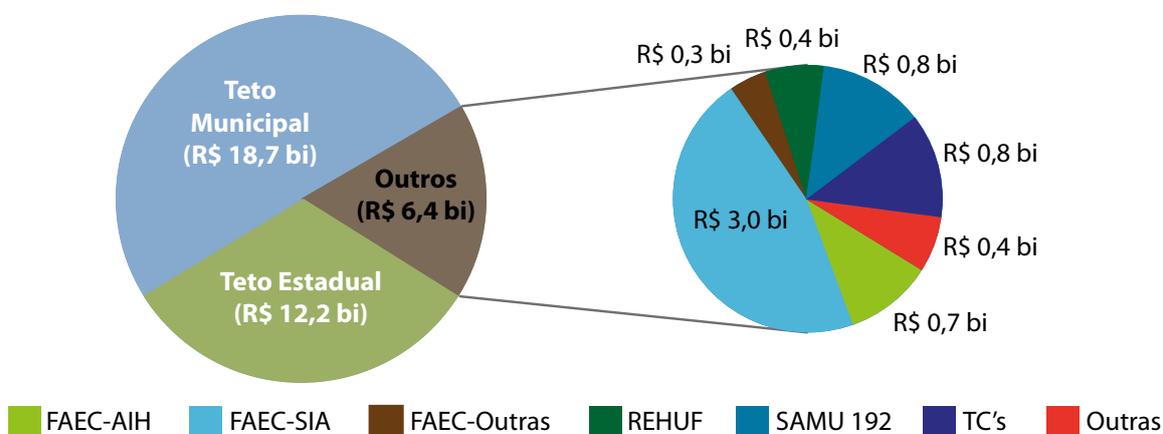
Gráfico 14: Recursos per capita transferidos em Atenção Básica (2013)



2.1.6 Recursos transferidos para a Atenção de Média e Alta Complexidade

As transferências de recursos para a MAC podem ser divididas em três grandes grupos: Teto Municipal (50%), Teto Estadual (33%) e Outras Transferências (17%). Dentro desse último grupo, mais de 50% dos gastos referem-se ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que se destina ao custeio de transplantes, cirurgias eletivas, medicamentos excepcionais, entre outros. Além desses, existem transferências para o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os Termos de Cooperação e outros.

Gráfico 15: Recursos transferidos para Média e Alta Complexidade (2013)



Faec= Fundo de Ações Estratégicas e Compensação Ambulatoriais
 Samu= Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
 Rehuf= Reest. Hosp. Universit. Federais

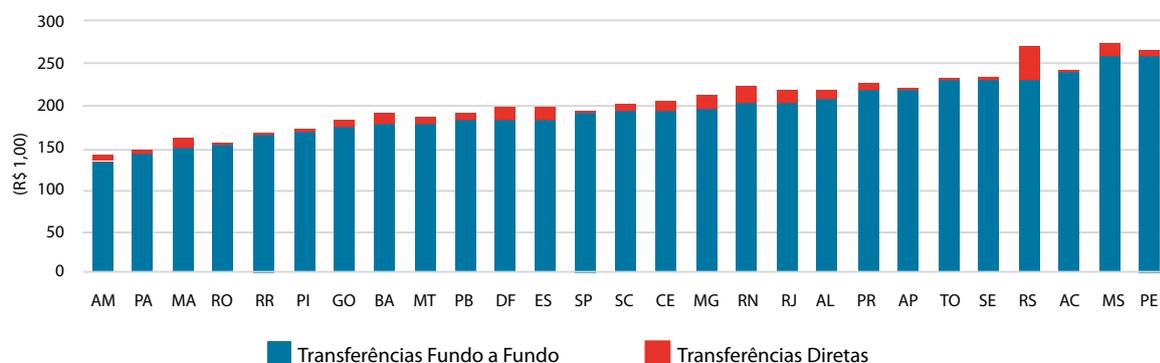
SIA= Sistema de Informações
 AIH= Autorização de Internação Hospitalar
 TC= Termo de Cooperação

Fonte: SAGE/MS, 8/10/2014

As transferências per capita dos recursos para MAC apresentaram-se mais homogêneas em relação às da AB, e oscilaram entre R\$ 273,00 (Mato Grosso do Sul) e R\$ 140,12 (Amazonas). As transferências diretas apresentaram relevância em relação aos valores totais, em especial nos estados do Rio Grande

do Sul (18%) e Rio Grande do Norte (10,1%). Parte dessas transferências diretas é decorrente de cumprimento de ações judiciais.

Gráfico 16: Recursos per capita transferidos para Média e Alta Complexidade (2013)



Fonte: SAGE/MS, IBGE, 8/10/2014

2.1.7 Recursos transferidos para a Vigilância em Saúde

Os recursos para o bloco de Vigilância em Saúde são definidos a partir de variáveis populacionais (piso fixo) e se destinam a: produção de análises que subsidiem o planejamento das ações de saúde pública, prevenção e controle de doenças transmissíveis, vigilância da saúde do trabalhador, detecção e resposta a emergências de saúde pública, entre outros. Em 2013, as transferências totalizaram cerca de R\$ 1,5 bilhões ou 65% do total do bloco.

O piso variável, dependente de pactuação, representou R\$ 0,78 bi ou 34% do total do bloco, e seus recursos se destinam principalmente ao incentivo e qualificação de ações relacionadas à prevenção da dengue (R\$ 363 milhões ou 47%), ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância (R\$ 119 milhões) e a incentivos no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (R\$ 111 milhões).

Gráfico 17: Recursos transferidos a estados/municípios em Vigilância (2013)

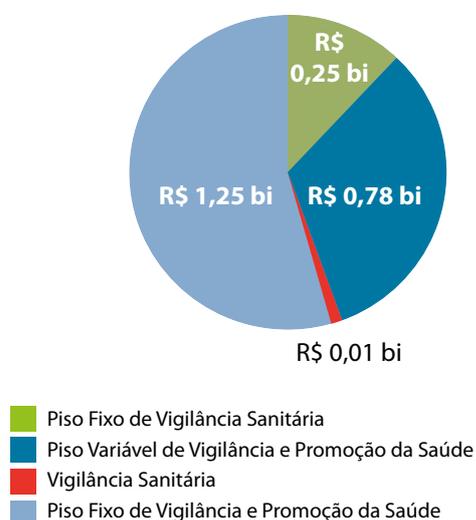
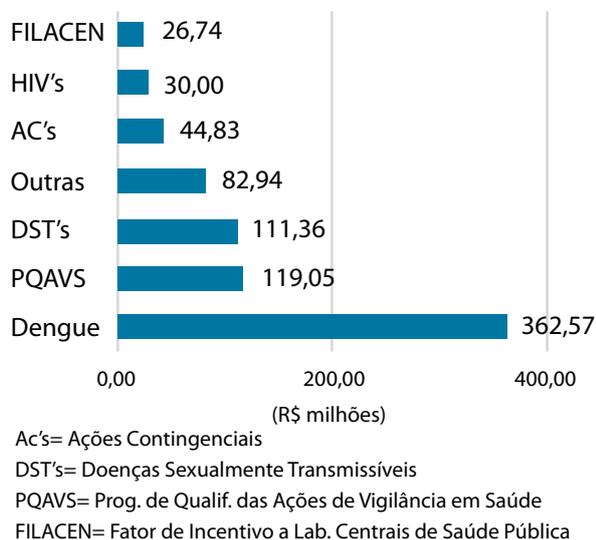


Gráfico 18: Composição do Piso Variável de Vigilância e promoção da Saúde (2013)



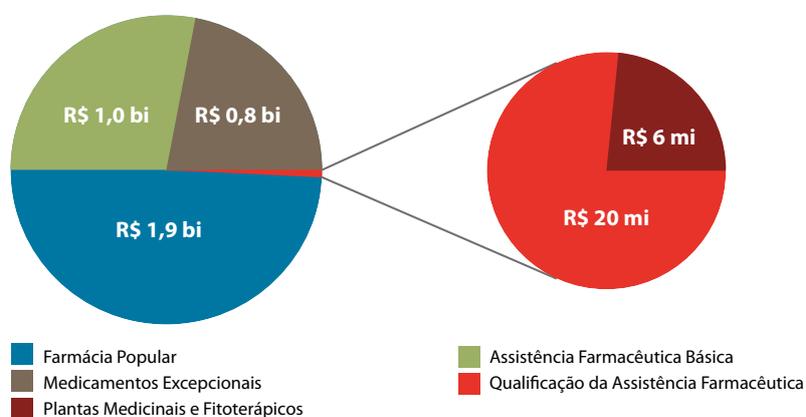
Fonte: SAGE/MS, IBGE, 8/10/2014

As transferências dos recursos per capita para a Vigilância em Saúde oscilaram entre R\$ 25,16 (Roraima) e R\$ 7,99 (São Paulo) – aproximadamente 99,5% desses recursos transferidos na modalidade fundo a fundo e 0,05% por transferências diretas, essas últimas relacionadas a demandas judiciais na área de vigilância e concessão de bolsas a tutores no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho (PET).

2.1.8 Recursos transferidos para a Assistência Farmacêutica

Em 2013, as transferências de recursos federais para o bloco Assistência Farmacêutica ocorreram especialmente por meio do Programa Farmácia Popular (51% do bloco), consistente em rede própria de farmácias e parcerias com drogarias da rede privada, que possibilita o acesso gratuito a medicamentos. Há ainda os Programas de Assistência Farmacêutica Básica (27% das transferências) e de aquisição de medicamentos excepcionais (22%).

Gráfico 19: Recursos transferidos para Assistência Farmacêutica (2013)

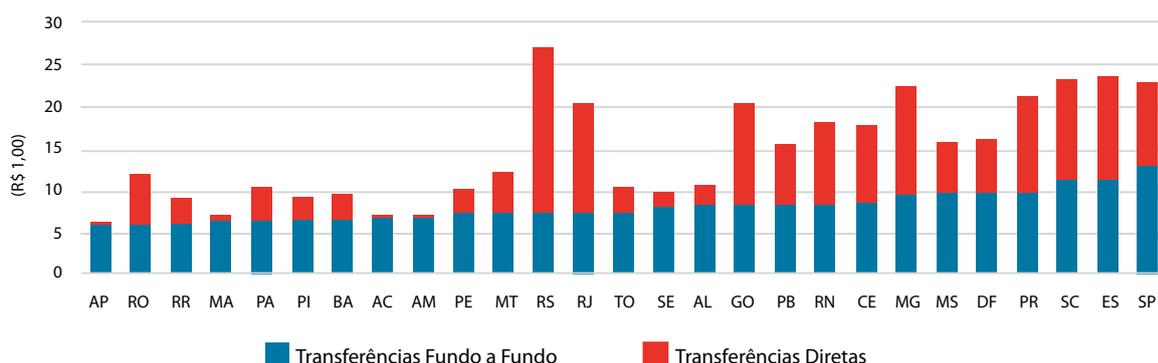


Fonte: SAGE/MS, IBGE, 8/10/2014

As transferências diretas tiveram grande impacto sobre o bloco de Assistência Farmacêutica. Em nove estados elas foram maiores que as transferências fundo a fundo (RS, RJ, GO, MG, PR, RN, ES, SC e CE). Isso ocorre especialmente em virtude do Programa Farmácia Popular, pois nele os pagamentos são realizados diretamente a farmácias e drogarias, bem como em decorrência de decisões judiciais para a aquisição de medicamentos. Por outro lado, nos estados do AP, AC, AM e MA existem poucas transferências diretas, o que pode indicar que o Programa Farmácia Popular possui baixa penetração.

Em valores per capita, as transferências oscilaram entre R\$ 5,98 (Amapá) e R\$ 27,16 (Rio Grande do Sul). Essa oscilação explicita acesso pouco equânime da população aos fármacos. Nas regiões Sul e Sudeste, seis dos sete estados possuem preponderância de transferências diretas para a assistência farmacêutica, e apenas dois dos dezesseis estados das regiões Norte e Nordeste observam essa preponderância, o que indica diferentes dinâmicas regionais para acesso a medicamentos.

Gráfico 20: Valores per capita transferidos para Assistência Farmacêutica (2013)

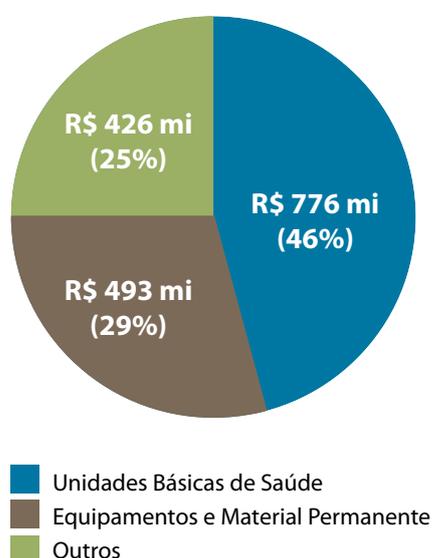


Fonte: SAGE/MS, IBGE, 8/10/2014

2.1.9 Recursos transferidos para investimentos

As transferências de recursos federais para investimento se concentram especialmente na construção, ampliação e implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), representando 45,7% do total. Cerca de R\$ 499 milhões destinam-se à construção e R\$ 270 milhões à ampliação das unidades. Possuem também relevância os gastos com Aquisição de Equipamentos e Material Permanente, equivalente a 29,3% do total do bloco, sendo aproximadamente R\$ 220 milhões para estruturação da rede de serviços de AB. De resto, os investimentos apresentam-se difusos em outras dezoito áreas, conforme gráfico abaixo.

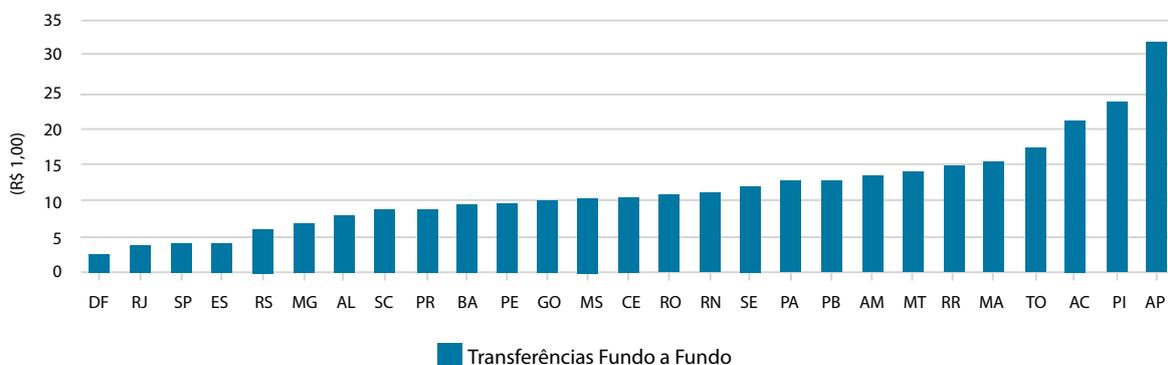
Gráfico 21: Recursos transferidos para investimentos (2013)



Discriminação dos investimento	R\$
Unidade Básica de saúde	776.208.416,52
Equipamentos e Material Permanente	497.615.720,35
Unidades de Pronto Atendimento	154.670.856,30
Academias de Saúde	85.768.000,00
Qualificação da Gestão	45.373.616,63
Rede de Frio	35.811.506,11
CAP's e Unidades de Acolhimento	27.500.000,00
Viver Sem Limites	19.054.069,04
Ações de Alimentação e Nutrição	11.622.000,00
Assistência Farmacêutica	9.016.596,07
Salas de Estabilização	7.900.000,00
Unidades de Acolhimento	7.200.000,00
Centro de Especialidade Odontológica	5.295.000,00
PROESF-Saúde da Família	4.609.267,47
Zoonoses	4.090.000,00
SAMU	2.909.323,10
Invertimentos em Ações Emergenciais	2.000.000,00
Saúde nas Fronteiras	1.647.971,32
Laboratórios de Saúde Pública	1.050.000,00
Equipamentos Odontológicos	799.069,86

Tais transferências foram realizadas exclusivamente na modalidade fundo a fundo. A maior parte dos investimentos ficou concentrada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os valores per capita variaram entre R\$ 32,21 (Amapá) e R\$ 3,40 (DF). No entanto, é difícil estabelecer padrões comparativos, pois diferentes unidades federadas possuem diferentes prioridades de investimento.

Gráfico 22: Valores per capita transferidos para investimentos (2013)

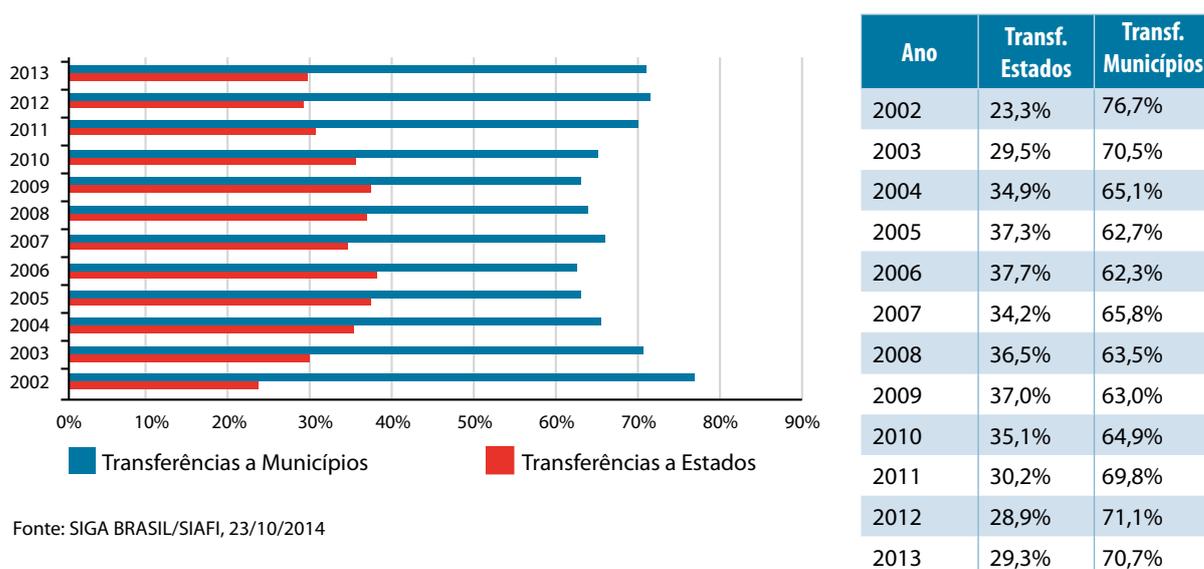


Fonte: SAGE/MS, IBGE, 8/10/2014

2.1.10 Recursos transferidos a estados x Recursos transferidos a municípios

Tomando-se apenas valores transferidos a estados e a municípios (considerando o DF um estado), observa-se que, em 2002, aproximadamente 77% dos recursos federais eram destinados aos municípios, e 23%, aos estados. Essa diferença reduziu-se significativamente nos anos seguintes, de modo que, entre 2004 e 2010, o percentual de transferências a estados oscilou entre 38% e 34%. Contudo, a partir de 2010, a participação relativa dos municípios voltou a subir, e se estabilizou a partir de 2011, com aproximadamente 70% para municípios e 30% para estados, a diferença mínima estabelecida no § 2º do artigo 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Gráfico 23: Transferências a Estados x Transferências a Municípios



Fonte: SIGA BRASIL/SIAFI, 23/10/2014

2.2 Atendimentos a usuários em estados distintos de sua residência

As análises sobre atendimentos em saúde realizados em estados diferentes de onde os usuários residem foi expressamente indicada no item 9.2 do Acórdão 693/2014-TCU-Plenário como um dos temas a ser tratados no FiscSaúde 2014.

A estruturação do SUS possibilita que usuários busquem atendimento em unidades da federação nas quais não residam. Essas hipóteses configuram Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e devem ocorrer apenas quando esgotados todos os meios de tratamento em seu próprio município. Os TFD representam processos de “invasão estadual” e “evasão estadual” e podem ocorrer em duas diferentes modalidades: atendimento ambulatorial e atendimento hospitalar. Nessa hipótese, deve haver o ressarcimento entre as esferas de governo pelos serviços prestados.

Nesse relatório, buscou-se construir indicadores sobre invasões ou evasões estaduais nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, que possam subsidiar decisões para alocação de recursos no SUS. É importante destacar que a metodologia utilizada possui a característica de compensar dados. Por exemplo, se determinado estado possui 100 habitantes que buscaram atendimento fora (evasão estadual) e recebeu 700 habitantes de outros estados (invasão estadual), o indicador computará a diferença (um total de 600 atendimentos) em invasão estadual. Isso é necessário principalmente porque a base de dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), do MS não possui parâmetros de invasão estadual.

Em determinados casos, são previamente pactuados os atendimentos em estados diversos de onde os usuários residem, pois existem regiões de saúde interestaduais onde são implementados mecanismos de compensação financeira dos entes envolvidos. Um exemplo se deu entre Maranhão e Piauí: em 39 municípios maranhenses fronteiriços ao Piauí, os atendimentos a seus residentes são realizados no estado vizinho, com o correspondente redirecionamento do teto financeiro de alta complexidade. Lógica semelhante também é aplicada no DF e nos municípios integrantes da Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE). Nesses casos, dentro da mesma região, pode haver atendimentos a usuários em estados distintos sem necessariamente haver configuração de TFD.

2.2.1 Visão geral de atendimentos fora do estado de origem em 2013

As internações hospitalares de MAC ocorridas em 2013 demonstram que os estados do Acre, Amapá, Piauí, Tocantins, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Sergipe, São Paulo, Paraná e DF apresentaram saldo de “invasão estadual” (atenderam residentes de outras localidades). Os demais apresentaram saldo de “evasão estadual” (seus residentes buscaram atendimentos em outras localidades).

Figura 2: Internações Hospitalares de Média e Alta Complexidades fora do estado de origem (2013)



UF	Situação	Saldo
GO	Evasão hospitalar	40.435
MG	Evasão hospitalar	9.406
MA	Evasão hospitalar	9.168
BA	Evasão hospitalar	6.341
PA	Evasão hospitalar	4.970
PB	Evasão hospitalar	2.955
AM	Evasão hospitalar	2.622
AL	Evasão hospitalar	2.481
MS	Evasão hospitalar	2.114
SC	Evasão hospitalar	1.011
RO	Evasão hospitalar	868
RS	Evasão hospitalar	763
RJ	Evasão hospitalar	526

UF	Situação	Saldo
RR	Evasão hospitalar	425
ES	Evasão hospitalar	248
TO	Evasão hospitalar	266
RN	Evasão hospitalar	708
CE	Evasão hospitalar	819
PR	Evasão hospitalar	874
AC	Evasão hospitalar	1.116
AP	Evasão hospitalar	1.474
SE	Evasão hospitalar	2.855
PE	Evasão hospitalar	5.848
PI	Evasão hospitalar	8.774
SP	Evasão hospitalar	18.370
DF	Evasão hospitalar	44.754

Fonte: Tabnet/Datasus/MS,18/11/2014

Quanto à produção ambulatorial de alta complexidade, apenas três estados, considerando também a rede dos municípios/prestadores que os integram, apresentam saldo de invasão estadual: São Paulo, Ceará e Piauí. Todos os demais apresentam evasão.

Figura 3: Produções Ambulatoriais de Alta Complexidade fora do estado de origem (2013)



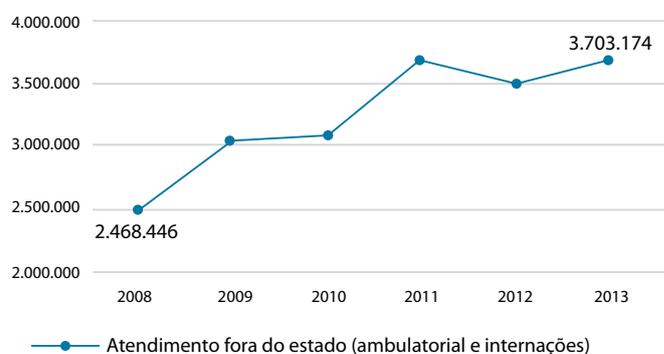
UF	Situação	Saldo
MG	Evasão ambulatorial	1.207.387
RJ	Evasão ambulatorial	519.090
GO	Evasão ambulatorial	318.167
MT	Evasão ambulatorial	246.373
MS	Evasão ambulatorial	198.649
MA	Evasão ambulatorial	174.430
RN	Evasão ambulatorial	129.870
RO	Evasão ambulatorial	127.657
BA	Evasão ambulatorial	90.448
SE	Evasão ambulatorial	79.125
SC	Evasão ambulatorial	76.541
PA	Evasão ambulatorial	71.131
PR	Evasão ambulatorial	63.512

UF	Situação	Saldo
AL	Evasão ambulatorial	57.997
AM	Evasão ambulatorial	54.094
PB	Evasão ambulatorial	47.881
PE	Evasão ambulatorial	37.191
ES	Evasão ambulatorial	29.869
RR	Evasão ambulatorial	17.340
DF	Evasão ambulatorial	16.915
RS	Evasão ambulatorial	15.597
AC	Evasão ambulatorial	13.493
AP	Evasão ambulatorial	13.493
TO	Evasão ambulatorial	9.655
CE	Evasão ambulatorial	261.578
SP	Evasão ambulatorial	3.345.399

Fonte: Tabnet/Datasus/MS,18/11/2014

Em perspectiva histórica, observa-se aumento no número de pessoas que vão a outros estados ou DF em busca de serviços médicos. Efetuadas as compensações descritas na metodologia desse levantamento, em 2008, 2.468.446 usuários do SUS buscaram atendimento em outros estados que não o de seu domicílio. Em 2013, esse número subiu para 3.703.174 (incremento de cerca de 50%)

Gráfico 24: Evolução do número total de atendimentos fora do estado de origem (2008-2013)



	Internações		
	Ambulatorial	Alta	Média
2008	2.389.297	13.075	66.074
2009	2.947.430	13.082	66.158
2010	3.016.555	12.636	59.705
2011	3.630.141	13.497	59.728
2012	3.416.573	14.093	63.528
2013	3.616.194	15.545	71.435

2.3 Ações judiciais para a aquisição de medicamentos

A judicialização do acesso a medicamentos é tema de grande relevância para a sociedade, em virtude do crescimento do número de demandas para acesso a fármacos, do relevante impacto financeiro aos governos federal, estaduais e municipais, e dos significativos efeitos na capacidade gerencial dos gestores públicos de saúde.

Estudo realizado pela Consultoria Jurídica do MS³ apontou que os valores gastos pelo órgão para atendimento de decisões judiciais, por meio de depósito judicial ou de repasses a estados e municípios, saltaram de R\$ 116 mil em 2005 para mais de R\$ 68 milhões em 2012. Já os gastos do Ministério com aquisição direta de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais passou de R\$ 2,4 milhões em 2005 para R\$ 287,8 milhões em 2012.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ante o grande número de demandas desse tipo em tramitação no Poder Judiciário, expediu a Recomendação 31/2010, dirigida aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais, para que adotassem medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Posteriormente, por meio da Resolução 107/2010-CNJ, foi criado o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento das demandas de assistência à saúde.

No mesmo sentido, a Advocacia-Geral da União³ (AGU), considerando que os processos judiciais de saúde vinham sendo instruídos de forma deficiente, emitiu o Parecer 810/2012-AGU/CONJUR-MS/HRP, que sistematiza elementos comprobatórios mínimos para a prolação de decisões judiciais, tais como: existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa),

possibilidade de alternativa terapêutica no SUS, informações se o paciente é usuário de plano privado de saúde, dados sobre eventuais conflitos de interesse do profissional que fez a prescrição.

O MS já relatou ao TCU a existência de situações anômalas, como ações judiciais para compra de medicamentos sem registro na Anvisa ou para medicamentos que podem ser adquiridos gratuitamente por meio do programa Farmácia Popular ou pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. As determinações judiciais, ao desconsiderar a rede do SUS existente, causam sobrecarga à estrutura pública, haja vista o custo dos medicamentos, os gastos com logística para entregar os fármacos no local indicado na petição, os ritos legais para a aquisição, entre outros.

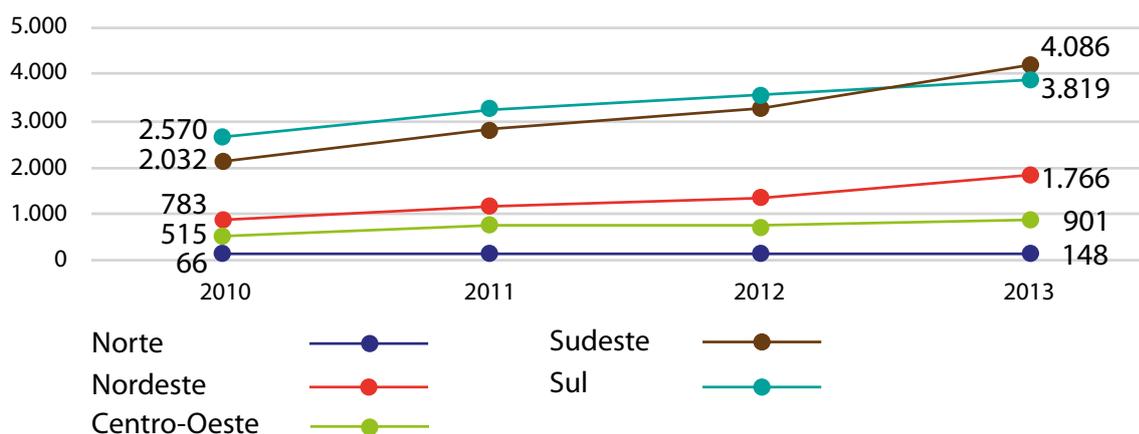
Ante a relevância da matéria, são apresentados indicadores sobre judicialização para acesso a medicamentos neste levantamento. Todas as informações foram obtidas diretamente de fontes do MS, especificamente da Coordenação de Compra por Demanda Judicial (CDJU), integrante da estrutura do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde.

2.3.1 Ações judiciais para aquisição de medicamentos

De acordo com a CDJU, o número de decisões judiciais que obrigavam a aquisição de medicamentos pelo MS praticamente dobrou entre 2010 e 2013, passando de 5.966 para 10.720. Até outubro de 2014, esse número atingiu 11.877 demandas, o que já representava crescimento de aproximadamente 11% em relação a 2013.

A distribuição geográfica das decisões judiciais por origem das demandas demonstra que estão concentradas especialmente nas regiões Sul e Sudeste, as quais juntas representam 73% das decisões em 2013. Até 2012, a região Sul representava a maior parcela das determinações judiciais, mas em 2013 a região Sudeste a ultrapassou. A região Norte foi onde as demandas tiveram menor relevância, com apenas 1% das decisões judiciais para medicamentos registradas no país.

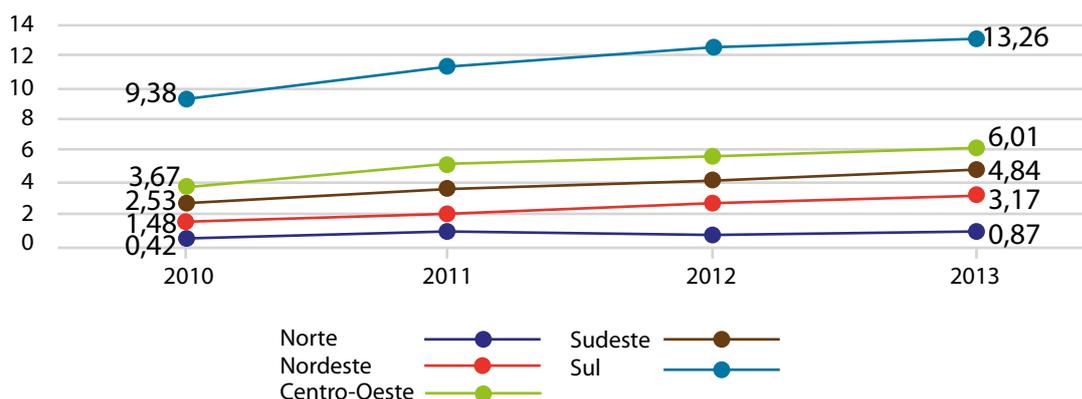
Gráfico 25: Decisões judiciais para aquisição de medicamentos – por região de origem das demandas (2010-2013)



Fonte: CDJU/MS, 3/11/2014

Proporcionalmente à população, as decisões judiciais ainda estão concentradas na região Sul, que, em 2013, teve aproximadamente 13,26 decisões por 100.000 hab., mais que duas vezes superior ao da segunda colocada, região Centro-Oeste (6,01). A região Norte, mais uma vez, é a que apresenta a menor taxa, com apenas 0,86 decisões judiciais por 100.000 hab. O gráfico a seguir demonstra que, entre 2010 e 2013, o número de decisões judiciais cresceu 41% na região Sul, 64% na Centro-Oeste, 93% na Sudeste, 109% na Norte e 115% na Nordeste.

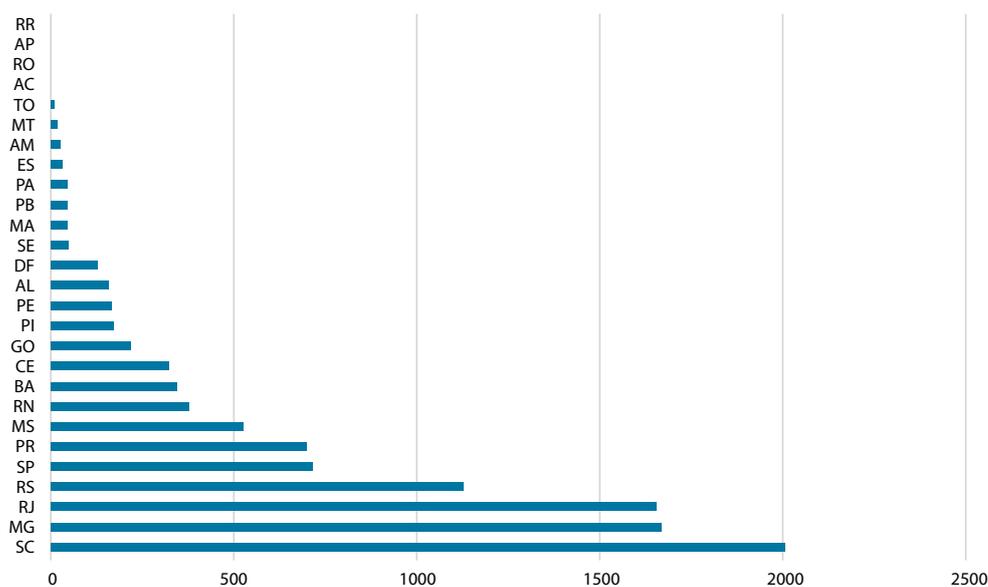
Gráfico 26: Taxa de decisões judiciais para aquisição de medicamentos (por grupo de 100.000 hab.) – por região de origem das demandas (2010-2013)



Fonte: CDJU/MS, 3/11/2014, IBGE

O número de decisões por unidade da federação, em 2013, foi maior em Santa Catarina (1.999), Minas Gerais (1.669), Rio de Janeiro (1.654) e Rio Grande do Sul (1.125). Em termos proporcionais, aferindo-se o número de ações judiciais por grupo de 100 mil habitantes, observa-se que as demandas se concentram especialmente em Santa Catarina (30,1), Mato Grosso do Sul (20,4), Rio Grande do Norte (11,2), Rio de Janeiro (10,1) e Rio Grande do Sul (10,1).

Gráfico 27: Número de decisões judiciais para aquisição de medicamentos – por estado (2013)



UF	Desiões Judiciais	
	Totais	por 100.000/hab
RR	3	0,6
AP	4	0,5
AC	8	1,0
RO	8	0,5
TO	13	0,9
MT	30	0,9
AM	40	1,1
ES	48	1,3
PA	72	0,9
PB	74	1,9
MA	76	1,1
SE	83	3,8
DF	125	4,5
AL	156	4,7

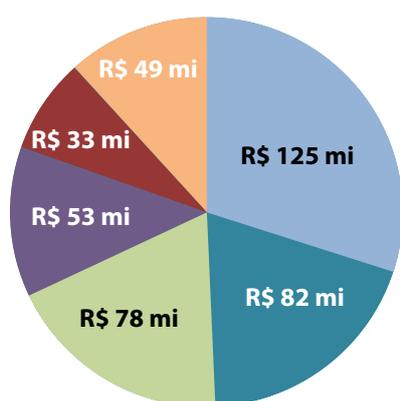
UF	Desiões Judiciais	
	Totais	por 100.000/hab
PE	164	1,8
PI	171	5,4
218	3,4	37.191
CE	318	3,6
BA	347	2,3
RN	377	11,2
MS	528	20,4
PR	695	6,3
SP	715	1,6
RS	1125	10,1
RJ	1654	10,1
MG	1669	8,1
SC	1999	30,1

Fonte: CDJU/MS, 3/11/2014, IBGE

2.3.2 Medicamentos de maior impacto financeiro

O impacto financeiro dessas ações judiciais é expressivo para os cofres públicos. Apenas os quarenta medicamentos de maior custo foram responsáveis por despesas da ordem de R\$ 431 milhões em 2013, ou seja, as decisões judiciais para aquisição desses medicamentos representaram 54% dos recursos totais transferidos aos estados, naquele ano, para aquisição de Medicamentos Excepcionais, dentro do bloco Assistência Farmacêutica. Isso sem considerar custos logísticos associados. Dados parciais do exercício de 2014 (até agosto) indicam aumento desses gastos para R\$ 554 milhões.

Gráfico 28: Decisões judiciais para aquisição de medicamentos – despesas superiores a R\$ 1 milhão (2013)



Fonte: CDJU/MS, 3/11/2014

Descrição	R\$
ECULIZUMABE, 10 MG/ML, SOL. INJ.	125.450.132
GALSUFASE, 1 MG/ML, CONC. PERF. INJ.	82.144.286
IDURSUFASE, 2MG/ML, SOL, INF. VENOSA	77.567.848
ALFAGASIDASE, 1 MG/ML, SOL. INF.	52.618.804
BETAGALSIDADE, 35 MG, PÓ LIÓLIO INJ.	33.225.800
ALFALGLICOSIDADE, 50 MG, PÓ LIÓLIO INJ.	14.530.018
LARONIDASE, 058 MG/ML, SOL. INJ.	11.693.745
LOMITAPIDA, 10 MG	7.823.648
ALFA-1 ANTITRIPSINA (AAT), 20 MG/ML, SOL. INF. INJ.	2.340.601
SUNITINIBE, MALATO, 50 MG	2.040.608
SORAFENIBE TOSILATO, 200 MG	1.879.445
BRENTUXIMABE VEDOTINA, 50 MG, PÓ LIÓFILO INJ.	1.871.951
LOMITAPIDA, 5 MG	1.806.524
INIBIDOR DE ESTERASE, C1 HUMANA, 500 UI, PÓ LIÓFILO INJ.	1.605.009
ABIRATERONA ACETATO, 250 MG	1.551.974
TAFAMIDIS, 20 MG	1.155.806
VEMURAFENIBE, 240 MG	1.085.380

2.4 Doenças negligenciadas

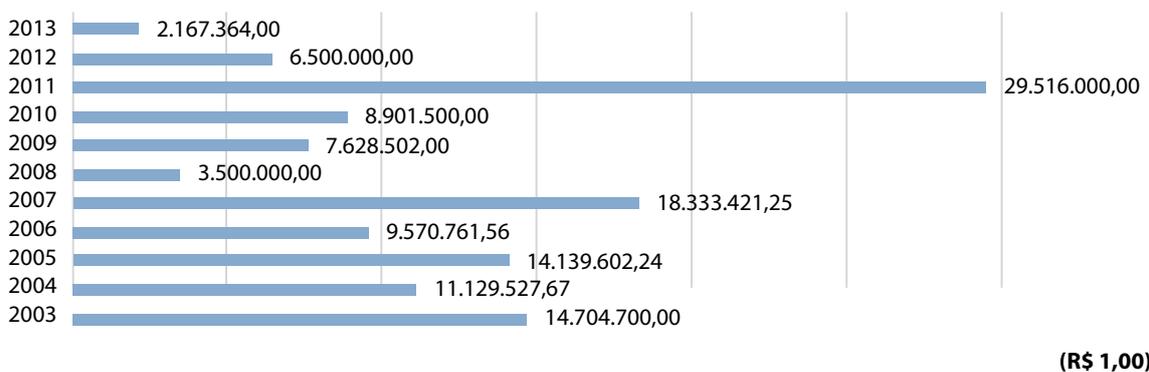
As doenças negligenciadas são aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e consideradas endêmicas em populações de baixa renda, principalmente nos países em desenvolvimento. O termo “negligenciada” decorre do reduzido interesse da indústria farmacêutica por investimentos em pesquisas e produção de medicamentos e vacinas. O MS definiu sete doenças negligenciadas como prioritárias de atuação no Brasil: dengue, doença de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária, esquistossomose e tuberculose.

As doenças negligenciadas não têm índice de mortalidade elevado, porém, com frequência, desenvolvem cegueira, desfiguração e invalidez permanente, afetam o crescimento e dificultam a inserção no mercado de trabalho, além de outras circunstâncias que favorecem a manutenção da escassez de condições sociais das pessoas acometidas. Em decorrência disso, indispensável atenção deve ser dada pelo setor público para ações de controle dessas doenças.

A partir de 2003, no bloco de Vigilância em Saúde, foram realizados grupos de transferência fundo a fundo relacionados especificamente às sete doenças negligenciadas priorizadas no Brasil, conforme apresentado nos gráficos a seguir. Cabe frisar que podem existir outros gastos dispersos em programas do Governo Federal, bem como recursos específicos de estados e municípios.

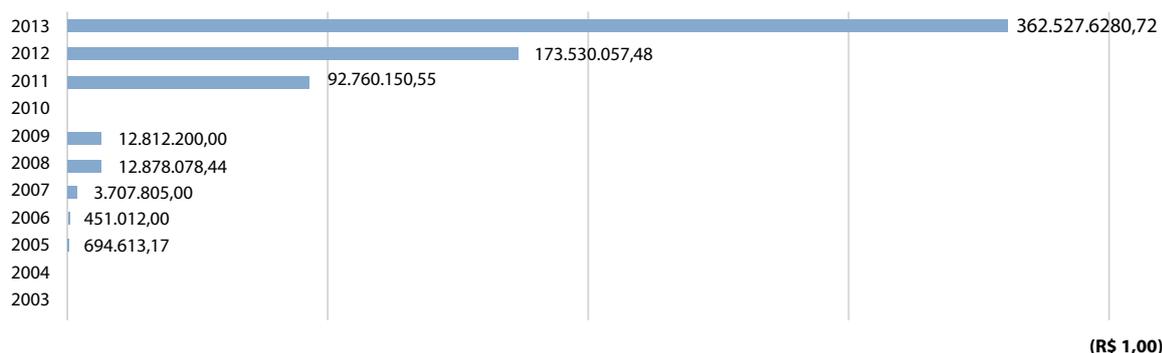
O primeiro gráfico demonstra os valores totais do grupo de doenças negligenciadas, com exceção dos relacionados a programas específicos da dengue, destacados devido aos altos montantes de transferências nos períodos de 2011 a 2013.

Gráfico 29: Doenças negligenciadas – transferências fundo a fundo (exceto dengue) (2003-2013)



Fonte: SAGE/MS, 23/01/2015

Gráfico 30: Doenças negligenciadas – transferências para programas específicos de controle da dengue (2003-2013)



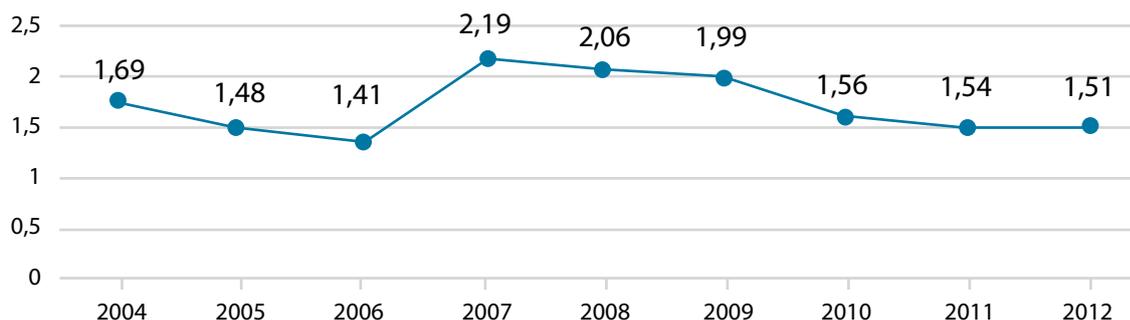
Fonte: SAGE/ MS, 23/01/2015

2.4.1 Hanseníase

A hanseníase é doença crônica proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram o quadro da hanseníase que, atualmente, tem tratamento e cura. O relatório Weekly Epidemiological Record, da OMS (2012), apontou que o Brasil é o segundo país com maior número de casos novos de hanseníase do mundo. Em nível mundial, três países foram responsáveis por 83% dos casos novos detectados em 2011: Índia (58%), Brasil (16%) e Indonésia (9%).

A meta estabelecida pela OMS para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública é atingir menos de um caso para cada 10 mil habitantes. O gráfico a seguir ilustra o comportamento do coeficiente de prevalência (relação entre o número total de casos de uma doença, novos e antigos, e o número de pessoas na população existente no mesmo local e período) da hanseníase no Brasil.

Gráfico 31: Taxa de prevalência da hanseníase no Brasil (por 10 mil habitantes) (2004-2012)

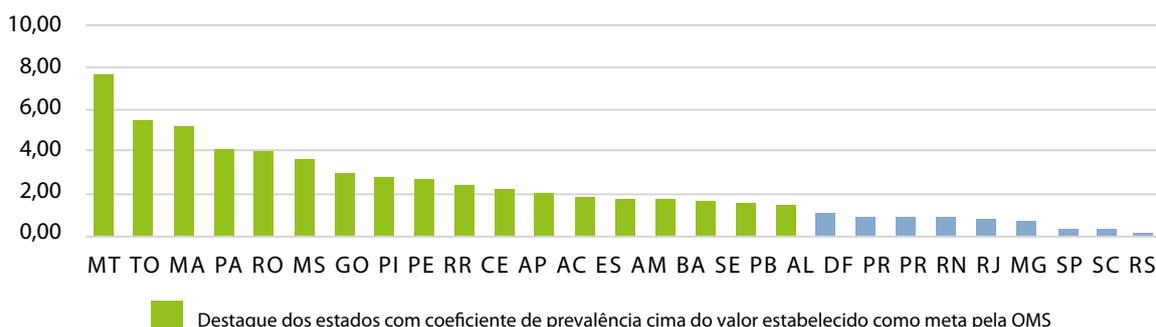


Fonte: Tabnet: Indicadores e Dados Básicos/MS, 20/01/2015

A magnitude da endemia pode ser classificada pelo coeficiente de prevalência – baixo (menor que 1,0), médio (1,0 a 4,9), alto (5,0 a 9,9), muito alto (10,0 a 19,9) – e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20,0). Desse modo, o Brasil apresentou nível médio de magnitude da doença no último ano medido.

O gráfico a seguir evidencia a distribuição dos coeficientes de prevalência no país em 2012. Destacam-se Mato Grosso, Tocantins e Maranhão, que obtiveram nível alto de magnitude da doença. Os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Paraná e DF apresentaram nível baixo, com taxas inferiores a um caso por dez mil habitantes. Os níveis da endemia se relacionam com condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de habitação e baixa escolaridade. O padrão de adoecimento pode se dar em decorrência da heterogeneidade de condições nos diferentes estados brasileiros.

Gráfico 32: Taxa de prevalência da hanseníase por UF (por 10 mil habitantes) (2012)



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, 20/01/2015

O diagnóstico tardio da hanseníase pode ocasionar sérias deformidades e incapacidades físicas. Em 2013, cerca de 30% dos casos novos detectados já apresentavam algum grau de incapacidade. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem evitar tais complicações.

A proporção de cura de novos casos de hanseníase permite a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde aos portadores da hanseníase e a efetividade dos serviços em assegurar a adesão e a permanência ao tratamento. Dados do Tabnet/MS revelaram que, apesar do incremento inicial observado de 2008 a 2009, houve redução na proporção de cura dos casos novos de hanseníase a partir de 2009, que passou de 87,12% para 80,02% em 2012.

Outro aspecto importante é a proporção de pessoas examinadas entre as que mantêm contato domiciliar com portadores de hanseníase diagnosticados no ano. Essas informações permitem avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos dos portadores da doença na busca de reduzir o número de contágios. Dados do Tabnet/MS mostraram que, em 2008, a proporção dessas pessoas examinadas foi de 54,43%, o que apresentou gradual aumento até 2012, quando atingiu 74,39%.

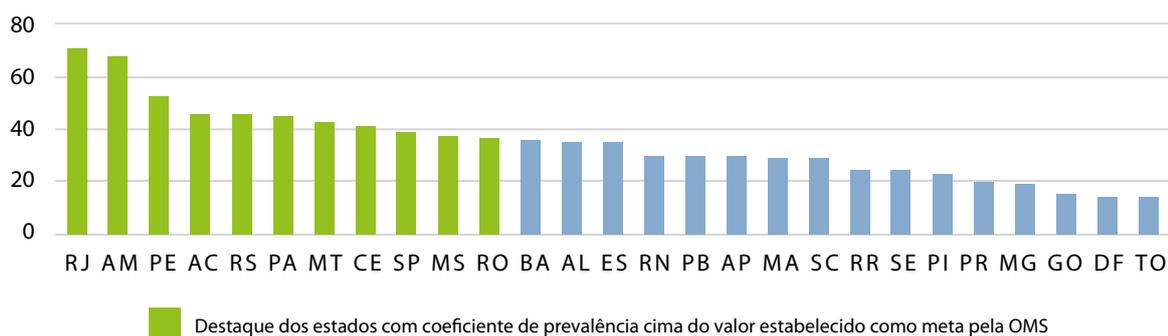
2.4.2 Tuberculose

A tuberculose é doença infectocontagiosa causada pela *Mycobacterium tuberculosis*. Atinge prioritariamente os pulmões e pode afetar outros órgãos, tais como ossos, rins e meninge. A doença é transmitida de pessoa a pessoa, principalmente através do ar. O Brasil está no ranking dos 22 países que contêm 82% da carga global da tuberculose (países de alta carga da doença).

A OMS estabeleceu duas metas para até 2015: apresentar evolução decrescente da incidência e reduzir em 50% a prevalência e as mortes decorrentes da tuberculose em relação a 1990. No Brasil, a taxa de incidência diminuiu em 20,55% no decorrer de onze anos: de 44,02 (2002) para 34,97 casos por 100 mil habitantes (2013).

Quando analisada a distribuição nos estados em 2012, destacam-se Rio de Janeiro, Amazonas e Pernambuco, que apresentaram os coeficientes mais altos: 70,57; 67,64 e 52,21 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

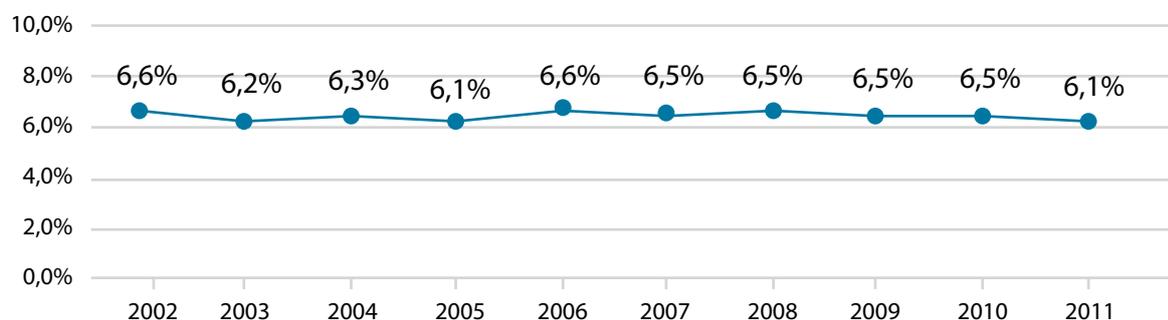
Gráfico 33: Taxa de incidência da tuberculose por UF (por 100 mil habitantes) (2012)



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, 20/01/2015

De acordo com a OMS, a tuberculose é classificada como a segunda principal causa de morte por doença infecciosa no mundo, depois do HIV/AIDS. No Brasil, a letalidade da tuberculose (relação entre o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal doença no mesmo local e período) manteve-se em torno de 6% nos últimos anos, conforme apresentado no gráfico a seguir. Em números absolutos, foram 4.495 óbitos em decorrência da doença em 2011. Atualmente, a mortalidade é um dos representantes do desempenho do programa de controle da doença, uma vez que praticamente todos teriam chance de se curar diante de um diagnóstico precoce e tratamento corretamente administrado.

Gráfico 34: Letalidade da tuberculose



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, SAGE/MS, 02/02/2015

A proporção de cura de casos de tuberculose pulmonar bacilífera permite mensurar o êxito do tratamento e a conseqüente diminuição da transmissão da doença. Também possibilita a verificação da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações de controle da tuberculose. Cerca de 90% dos casos de tuberculose são de forma pulmonar, e, desses, 60% são bacilíferos.

A OMS recomenda que os países alcancem 85% de taxa de cura. A partir de dados do Tabnet/MS, verificou-se que a proporção de cura manteve-se relativamente constante entre os anos de 2008 (74,52%) e 2011 (73,87%). Segundo a OMS, em 2012, dezesseis dos países de alta carga alcançaram taxa maior que 85%, melhoria ainda necessária no Brasil, Rússia, África do Sul, Tailândia, Uganda e Zimbábue.

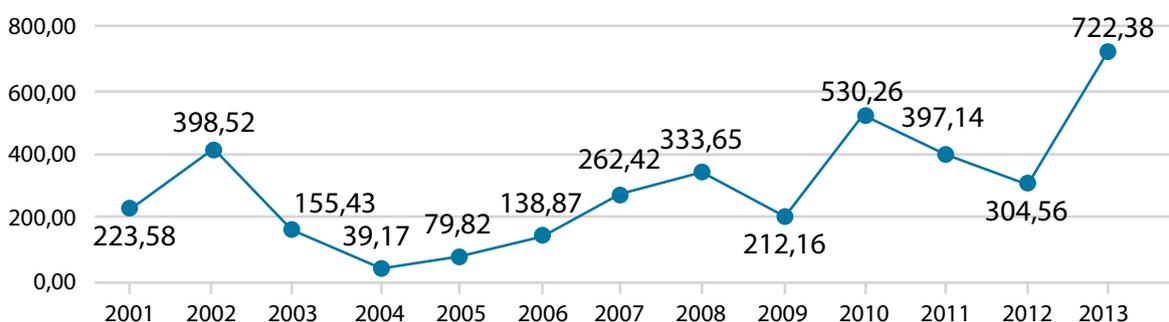
Aspecto relevante em relação à tuberculose é o fato de que os portadores de AIDS possuem maior probabilidade de desenvolver a doença, sendo a primeira causa de óbito em pacientes portadores de AIDS no Brasil. Assim, é necessária a identificação precoce de casos de HIV positivo entre os pacientes de tuberculose. Conforme dados do Tabnet/MS, de 2008 a 2012, a proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose teve gradual acréscimo nos três primeiros anos, de 51% (2008) para 64% (2011), e ligeira redução em 2012, quando registrou 61%.

2.4.3 Dengue

A dengue é doença transmitida pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti*. Geralmente apresenta febre aguda e pode desenvolver um amplo espectro clínico que pode ser de curso benigno ou evoluir para dengue grave, complicação potencialmente fatal. A doença está associada com o aumento da temperatura, pluviosidade e umidade do ar.

A taxa de incidência da dengue em relação a 100 mil habitantes oscilou bastante ao longo dos últimos anos no Brasil, com picos em 2002, 2010 e 2013. Em um intervalo de doze anos, entre altas e baixas, houve aumento em 223% desses números: de 223,58 por 100 mil habitantes em 2001 para 722,38, em 2013.

Gráfico 35: Taxa de incidência da dengue no Brasil (por 100 mil habitantes) (2001-2013)

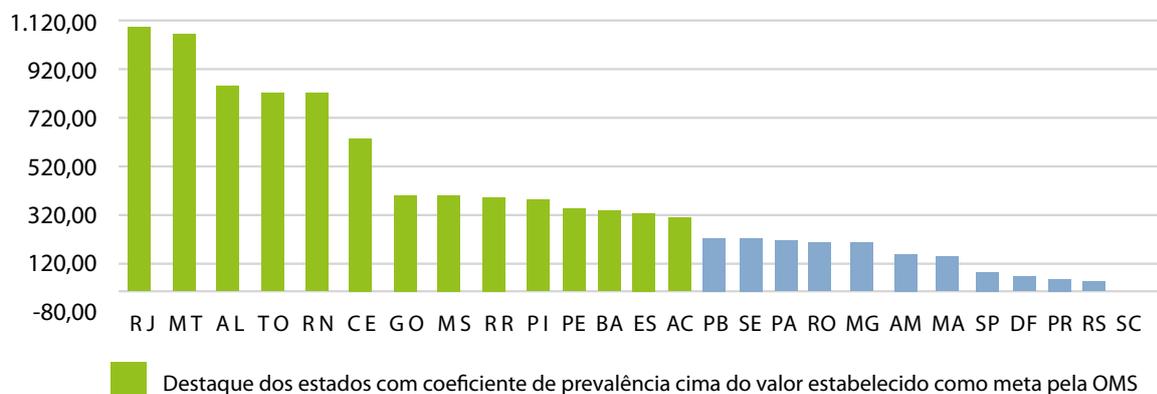


Fonte: SAGE/MS, 29/01/2015

A disposição da doença está ligada às diferentes características ambientais, climáticas e sociais de cada local. No gráfico abaixo, é possível observar a desigualdade de distribuição da dengue no Brasil

em 2012. Nesse ano, destacam-se os estados do Rio de Janeiro e Mato Grosso, que apresentaram os coeficientes mais altos, acima de 1.000 casos por 100 mil habitantes. Em contrapartida, Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentaram coeficientes baixos, inferiores a 1,5 casos por 100 mil habitantes.

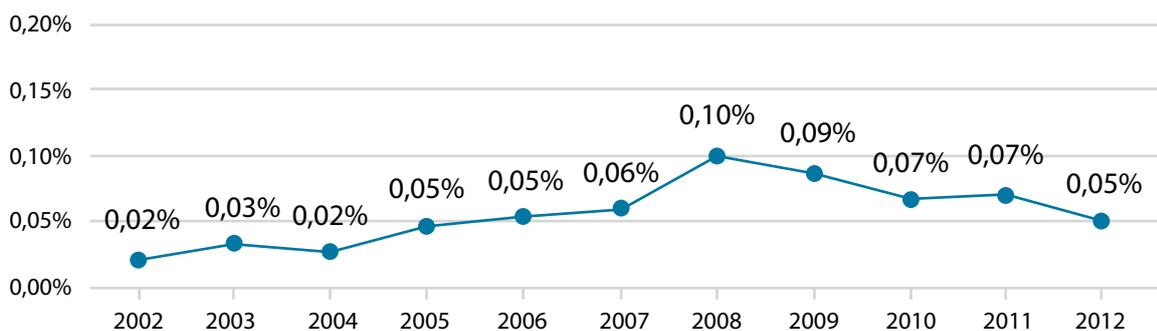
Gráfico 36: Taxa de incidência da dengue por UF (por 100 mil habitantes) (2012)



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, 29/01/2015

A OMS registra que a mortalidade por dengue pode ser reduzida a zero se os pacientes gravemente enfermos acessarem os serviços de saúde a tempo de receberem atendimento clínico adequado. No Brasil, a mortalidade da dengue apresentou oscilações nos últimos anos, com maiores números de óbitos nos períodos de maior incidência da doença. Quanto à letalidade, a maior registrada foi em 2008, de 0,10%, conforme apresentado a seguir. Em números absolutos, no ano de 2012 e 2013, foram 283 e 674 óbitos, respectivamente.

Gráfico 37: Letalidade da dengue (%) (2002-2012)



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, SAGE/MS, 29/01/2015

2.4.4 Malária

A malária é doença transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Anopheles*. Causa consideráveis perdas sociais e econômicas na população sob risco, principalmente naquela que vive em condições precárias de habitação e saneamento.

A OMS apontou que 55 dos 106 países com transmissão contínua da malária, incluindo o Brasil, estão em direção de cumprir a meta de reverter a incidência da malária, ou seja, reduzir as taxas de incidência em 75% até 2015, em relação aos níveis de 2000.

Uma das formas de avaliar a doença é por meio do cálculo do Índice Parasitário Anual (IPA) da malária, que é definido pelo número de exames positivos da doença por mil habitantes, segundo local provável de infecção, no ano considerado. Por meio do cálculo do IPA, classificam-se os graus de risco de contrair malária como baixo (IPA de 0,1 a 9,9), médio (IPA de 10,0 a 49,9) e alto (IPA maior ou igual a 50,0).

Apesar do pico do índice em 2005, quando foi registrado em 3,25, o IPA da malária foi reduzido em 39,5% em um intervalo de dez anos no Brasil: de 2,0 (2002) para 1,21 exames positivos por mil habitantes (2012). Esses valores estão inseridos na classificação de risco baixo, porém, isso se deve ao fato de a incidência da doença se concentrar em apenas algumas áreas do país: enquanto o índice geral para o Brasil foi de 1,21, o Acre, estado que apresentou maior índice em 2012, atingiu 35,62 exames positivos por mil habitantes no mesmo período, conforme mostrado a seguir.

A área endêmica da malária no Brasil concentra-se na região amazônica. Verifica-se que, em 2012, Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima e Pará apresentaram grau de risco médio para a doença. Os estados de Mato Grosso, Maranhão e Espírito Santo apresentam percentuais ínfimos. Tocantins, embora esteja na mesma região, registrou IPA igual a zero. Os demais estados também não apresentaram dados registrados. A meta do MS é reduzir o IPA de malária na região amazônica para 6,3.

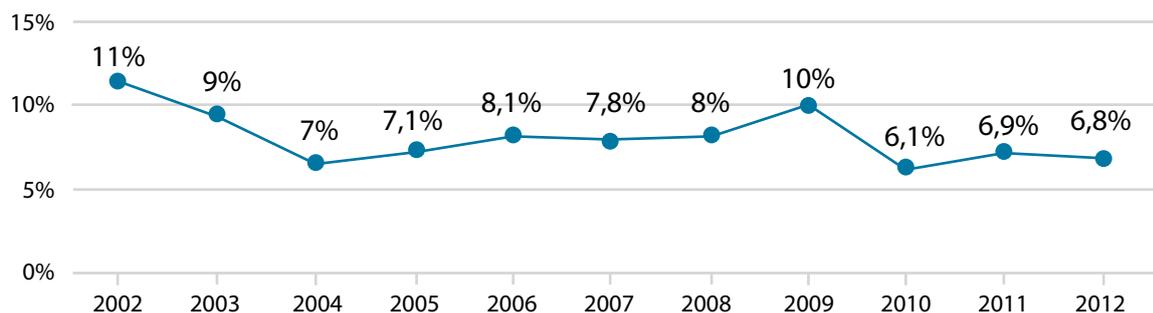
Gráfico 38: Índice Parasitário Anual da malária por UF (por mil habitantes) (2012)



Fonte: TABNET: Indicadores e Dados Básicos/MS, 05/02/2015

A letalidade da malária sofreu oscilações no decorrer dos últimos anos no Brasil. As maiores registradas foram em 2002 e 2009, de 11% e 10%, respectivamente. Em 2012, em números absolutos, foram 63 óbitos, que representou letalidade de 6,8% no período.

Gráfico 39: Letalidade da malária (%) (2002-2012)



Fonte: Sinan/MS, SAGE/MS, 05/02/2015

2.4.5 Leishmaniose visceral

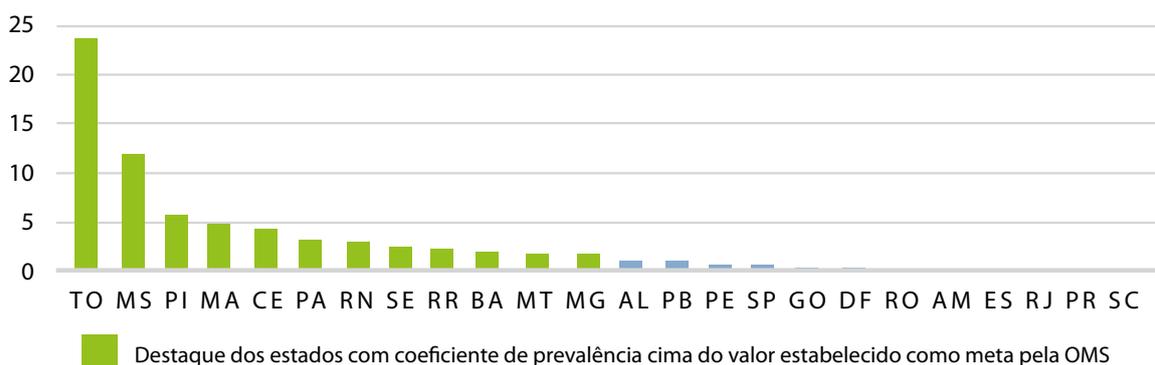
As leishmanioses são doenças causadas por protozoários parasitas de mais de vinte espécies de leishmania. Existem três formas principais da doença: cutânea, muco-cutânea e visceral. Segundo a OMS, a leishmaniose visceral é a forma mais grave da doença, pois afeta órgãos vitais do corpo. A transmissão da doença se dá pela picada dos vetores infectados pela *Leishmania chagasi*. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.

A doença se caracterizava, primariamente, como zoonose eminentemente rural. Mais recentemente, vem se expandindo para áreas urbanas, sendo endemia em ampla expansão geográfica. Segundo a OMS, mais de 90% dos casos de leishmaniose visceral ocorrem em seis países: Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia, Sudão do Sul e Sudão.

A taxa de incidência da leishmaniose visceral no Brasil apresentou oscilações ao longo dos anos. Em um intervalo de onze anos, esse número aumentou em 140%. O aumento brusco ocorreu do ano de 2001 a 2004, de 0,59 para 1,81 casos novos por 100 mil habitantes. Depois desse período, houve oscilações ao longo dos anos, com picos em 2008 (1,89) e 2011 (1,86), e queda em 2012 (1,42).

Quanto à distribuição da doença no Brasil, em 2012, destacaram-se os estados de Tocantins e Mato Grosso do Sul, que apresentaram os coeficientes mais altos: 23,77 e 11,86 casos novos por 100 mil habitantes, respectivamente. Em contrapartida, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Amazonas e Rondônia apresentaram coeficientes inferiores a 0,15 casos por 100 mil habitantes.

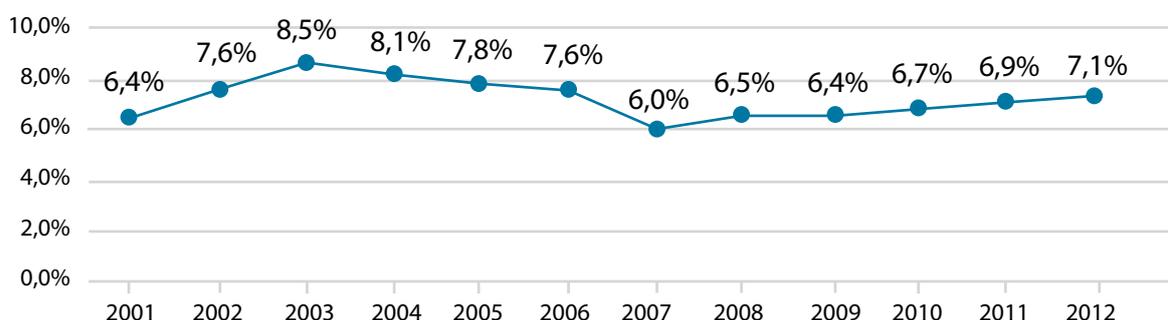
Gráfico 40: Taxa de incidência da leishmaniose visceral por UF (por 100 mil habitantes) (2012)



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, 09/02/2015

A letalidade da leishmaniose visceral no Brasil oscilou de 2001 a 2012. O maior índice foi encontrado em 2003, quando atingiu 8,5%. Em 2012, foram 216 óbitos, correspondentes à letalidade de 7,1%. A meta do MS é reduzir 20% de óbitos em relação ao ano anterior, nos municípios e regiões que registrem oito ou mais óbitos. Nos municípios e regiões com até sete óbitos, a redução deve ser de um óbito em cada município e região em relação ao ano anterior. No Brasil, em geral, não houve tendência de redução desses números.

Gráfico 41: Letalidade da leishmaniose visceral (%) (2001-2012)



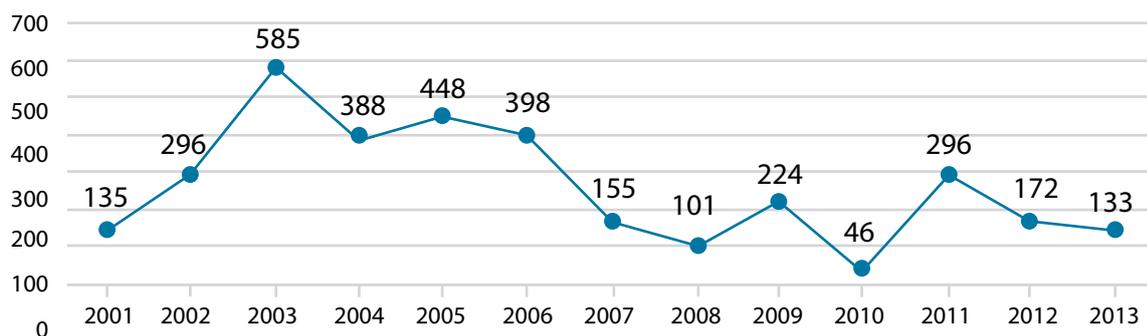
Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos, SAGE/MS, 09/02/2015

2.4.6 Doença de Chagas

A Doença de Chagas é uma das consequências da infecção humana produzida pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, que possuiu duas fases clínicas: uma aguda, que pode ou não ser identificada, e uma crônica.

A Doença de Chagas Aguda (DCA) tem sido caracterizada pela ocorrência de surtos de casos relacionados à ingestão de alimentos contaminados e casos isolados de transmissão vetorial extradomiciliar. O número de casos confirmados da doença em sua forma aguda apresentou oscilações no intervalo de 2001 a 2013.

Gráfico 42: Casos confirmados da Doença de Chagas aguda por ano do 1º sintoma (2001-2013)

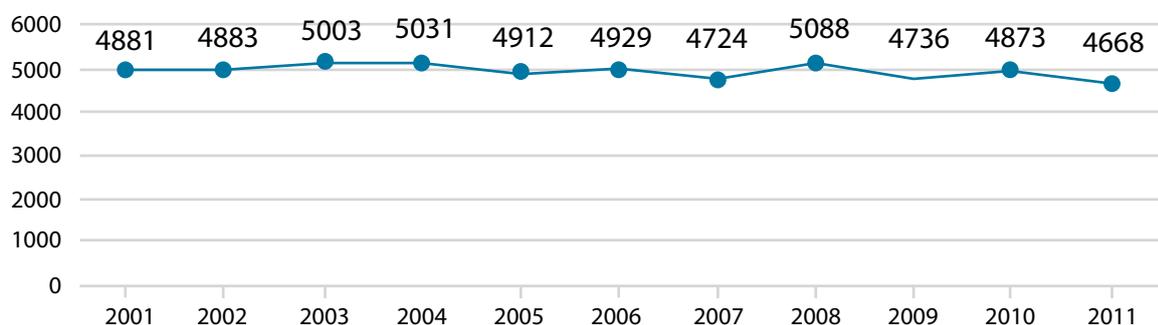


Fonte: SAGE/MS, 09/03/2015

De acordo com as informações constantes no sítio eletrônico do MS, predominam os casos crônicos da doença de Chagas decorrentes de infecções adquiridas no passado, com aproximadamente três milhões de indivíduos infectados. Nos últimos anos, a ocorrência de DCA tem sido observada nos estados da Amazônia Legal, com ocorrência de casos isolados em outros estados.

Em 2011, foram registrados 4.668 óbitos pela doença, uma redução de cerca de 4,5% em relação a 2001. Não foi possível calcular a letalidade da doença por falta de dados acessíveis.

Gráfico 43: Evolução do número de óbitos causados pela Doença de Chagas (2001-2011)



Fonte: SAGE/MS, 10/02/2015

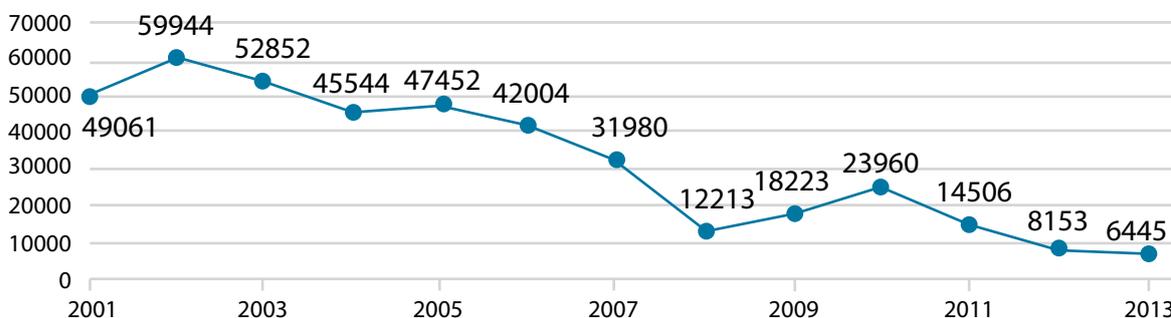
2.4.7 Esquistossomose

A esquistossomose é doença parasitária causada por vermes do gênero *Shistosoma mansoni*. Inicialmente assintomática, pode evoluir para formas clínicas extremamente graves e levar o paciente a óbito.

Sua ocorrência está associada ao clima tropical e é registrada em 54 países, principalmente na África e na América. No Brasil, os casos estão diretamente ligados à presença dos moluscos transmissores. A maior incidência da doença está relacionada à falta de saneamento e ao saneamento básico inadequado, além de outros fatores determinantes, como nível socioeconômico, ocupação, lazer, grau de educação e informação da população exposta ao risco.

No período de 2001 a 2013, houve redução em 87% do número de casos de esquistossomose no Brasil: de aproximadamente 49 mil para cerca de 6 mil casos.

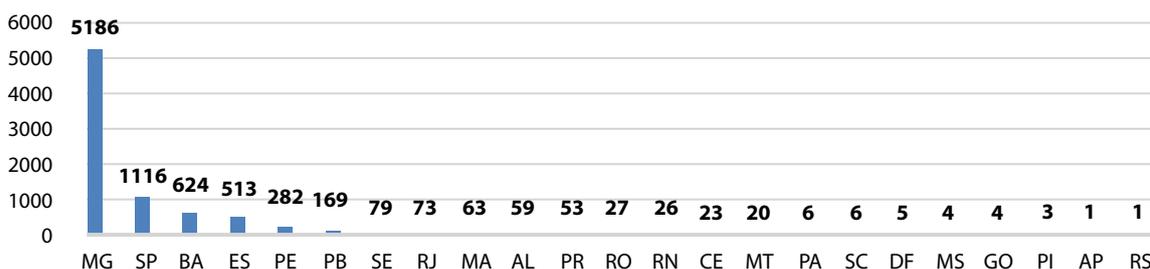
Gráfico 44: Casos confirmados de esquistossomose por ano do 1º sintoma (2001-2013)



Fonte: SINAN/MS, 09/03/2015

Quanto à distribuição geográfica, observa-se que Minas Gerais é o estado com maior número de casos. A seguir, os maiores números de casos são encontrados nas regiões Nordeste e Sudeste do país. Em 2012, destacaram-se Minas Gerais, São Paulo, Bahia e Espírito Santo.

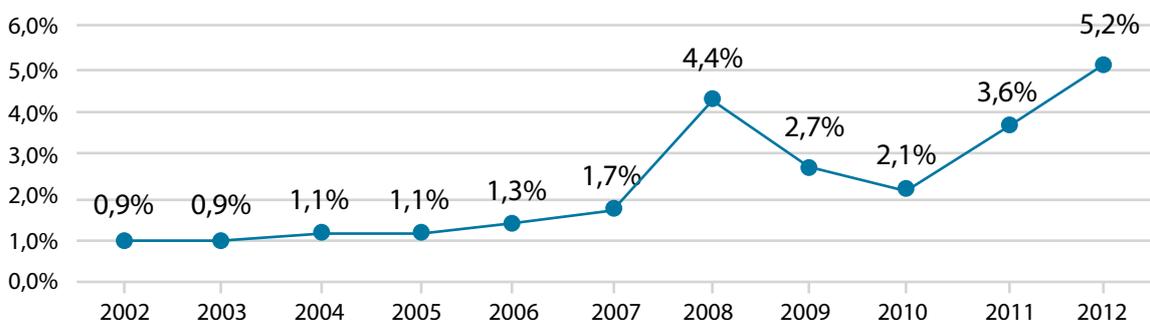
Gráfico 45: Casos confirmados de esquistossomose por UF (2012)



Fonte: SINAN/MS, 11/02/2015

A letalidade da doença apresentou aumento no período de 2002 a 2008, por conta da considerável redução dos casos da doença com pouca variabilidade do número absoluto de óbitos. O maior índice registrado foi de 5,2%, em 2012. Nesse ano, foram registrados 426 óbitos.

Gráfico 46: Letalidade da esquistossomose (%) (2002-2012)



Fonte: Vigilância da Esquistossomose Mansonii: Diretrizes Técnicas. Ministério da Saúde. 4ª edição – 2014/MS, SINAN/MS, disponíveis em 09/03/2015

CAPÍTULO 3

Temas Acompanhados pelo Tribunal de Contas da União

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados por todos os entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Por esse motivo, é considerado um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo. O fundamento do SUS é o conceito mais amplo da saúde, que envolve não apenas o tratamento de problemas de saúde, mas, também, ações de promoção da qualidade de vida e da prevenção de doenças.

Assim, o sistema tem o grande desafio de prestar assistência à saúde de toda a população brasileira, num país de dimensões continentais, com grandes diferenças demográficas, socioeconômicas e culturais, assegurando os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Trata-se de administrar orçamento limitado em relação a diferentes aspectos que denotam o aumento progressivo da demanda por diagnósticos e tratamentos, representado, entre outros, por crescimento populacional, transição epidemiológica, aumento da longevidade e inovações tecnológicas.

Desde a sua implantação, o SUS tem demonstrado diversos avanços na prestação de serviços de saúde, pois ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população, antes excluída ou dependente da ação de instituições assistenciais e filantrópicas. Entretanto, atualmente, a saúde tem sido alvo de diversas discussões e exigências da sociedade brasileira.

Estudos apresentados pelo MS destacam a atenção especial dedicada por muitos acadêmicos e organismos internacionais ao papel da saúde como condição *sine qua non* para o desenvolvimento. Afinal, a assistência adequada à saúde favorece o aumento da renda dos indivíduos, a empregabilidade dos mais baixos estratos de renda da sociedade, a melhoria da capacidade de aprendizado e o incremento da expectativa de vida. Em resumo, a melhoria do nível da saúde da população contribui para o desenvolvimento socioeconômico do país.

Nos últimos anos, o TCU realizou vários trabalhos, verificando deficiências e oportunidades de melhoria na prestação de serviços de saúde à população. A seguir, serão apresentados alguns temas objeto de acompanhamento contínuo do TCU, por sua relevância social: Cartão Nacional de Saúde, AB, ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, regulação dos preços de medicamentos e licitações para aquisição, e implementação da Hemobrás.

3.1 Cartão SUS

O Cartão Nacional de Saúde, também chamado Cartão SUS, está previsto nos normativos do SUS desde a segunda metade da década de 90 e tem sido anunciado como uma ferramenta fundamental para possibilitar o controle da execução descentralizada dos serviços diante do caráter nacional e único do sistema público de saúde.

Figura 4: Cartão SUS – objetivos e gastos



Após investimentos iniciais com a destinação de recursos do projeto Reforsus, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, as ações do MS para a implantação do Cartão SUS foram praticamente paralisadas no primeiro semestre de 2003, alegando-se a necessidade de migração dos sistemas proprietários para software livre.

Em 2004, o MS determinou⁴ que os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigissem autorização prévia fossem obrigatoriamente acompanhados da identificação dos usuários por meio do número do Cartão SUS. Com isso, as instituições de saúde públicas e conveniadas passaram a efetuar o cadastramento dos usuários que não pudessem informar o número do cartão no ato do atendimento, adotando-se uma numeração provisória que resultou na proliferação de cadastros duplicados (estimados em 27% dos registros, em 2011).

Nos anos seguintes ao término do projeto piloto, não houve evolução significativa na implantação do Cartão SUS, apesar do grande volume de gastos efetuados no âmbito das Ações Orçamentárias 3914 (Implantação do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde) e 6152 (Cartão Nacional de Saúde):

Tabela 7: Cartão SUS – Despesa Liquidada (2001-2014)

Ano	Valor (R\$)
2001	38.902.826,98
2001	68.885.440,07
2003	41.168.740,57
2004	68.728.684,12
2005	74.995.064,90
2006	65.066.815,00
2007	27.468.903,45
2008	21.402.288,88
2009	67.082.293,15
2010	31.669.394,61
2011	15.850.171,45
2012	30.939.218,74
2013	59.245.770,44
2014	31.001.301,64
TOTAL	642.406.914,00

Vários problemas foram relatados ao longo dos anos como causas de insucesso na implantação do Cartão SUS, tais como, por exemplo: sistemas independentes de cadastramento de usuários utilizados por vários municípios, sem integração com o cadastro nacional; expansão não planejada; emissão centralizada do cartão pelo MS e dificuldades de entrega do cartão definitivo ao seu proprietário; problemas na transmissão dos cadastros para a base de dados federal.

Uma vez que a materialidade dos recursos públicos aplicados desde o início do projeto contrastava com a ausência de resultado das ações, o Tribunal realizou fiscalizações⁵, em 2009 e 2011, que apontaram riscos de: transformação do Cartão SUS em apenas um cadastro de usuários e de seus domicílios, sucateamento e obsolescência dos equipamentos adquiridos no projeto piloto, utilização do número do Cartão SUS para fraudar internações e procedimentos de alto custo, perda do conhecimento adquirido no treinamento para a operação do sistema e deslocamento dos recursos humanos treinados para outras atividades.

Atualmente, segundo o Ministério, existem quinze sistemas estratégicos de informação do órgão operando de modo integrado à base de dados do Cartão, com previsão de integrar mais treze até o final de 2015. O desenvolvimento e a disponibilização desses sistemas para estados e municípios têm sido discutidos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A par disso, o Ministério ofereceu aos entes federados o acesso ao web service do Cartão Nacional de Saúde. Com isso, estados e municípios podem utilizar, por meio de seus sistemas de informação próprios, a base de dados do Cartão.

No final de 2014, os seguintes municípios iniciaram o processo de integração dos sistemas de cadastro: São Paulo (SP), Fortaleza (CE), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), Blumenau (SC) e Goiânia (GO). O Ministério informou que a base de dados nacional do Cartão contava com

cerca de 124 milhões de registros já unificados, atingindo a meta estabelecida na Programação Anual de Saúde de 2014.

Quanto à duplicidade de cadastros, o Ministério afirmou que o Sistema de Cadastro de Usuários do SUS (CADSUS Web) foi modernizado, com a aquisição de ferramenta de higienização de dados, a fim de evitar esse problema. Além disso, os cadastros estão sendo validados a partir da base de dados da Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Em 2013, o MS lançou o Portal de Saúde do Cidadão⁶, em que é possível acessar informações sobre o cadastro no SUS, emitir o Cartão Nacional de Saúde e consultar informações de internação hospitalar, procedimentos de MAC, procedimentos ambulatoriais e dispensação de medicamentos do Programa Farmácia Popular. O acesso a essas informações é restrito ao usuário e a médicos autorizados.

Além disso, o usuário pode cadastrar no portal dados relacionados à sua saúde, como doenças crônicas ou alergias, ou anexar laudos de exames já realizados, permitindo à equipe de saúde que o atende ofertar tratamento mais adequado ao paciente. O portal é também um importante instrumento de controle social e aprimoramento do SUS.

Outra fonte de dados essencial é o sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), em fase de implantação nos municípios, que visa a reestruturar as informações da AB em nível nacional e permitirá o uso do prontuário eletrônico do cidadão.

É possível constatar avanços na adoção das medidas necessárias à utilização do Cartão Nacional de Saúde, com a devida confiabilidade e tempestividade das informações. As expectativas em torno do cartão se justificam pelos significativos impactos positivos que pode gerar no SUS, por identificar com segurança o cidadão, permitindo criar vinculação entre o usuário, o profissional e a unidade de saúde onde foram realizadas as ações e serviços, e fornecer informações relevantes para tomada de decisão dos gestores. Em razão disso, o Tribunal dará continuidade ao monitoramento que vem sendo realizado.

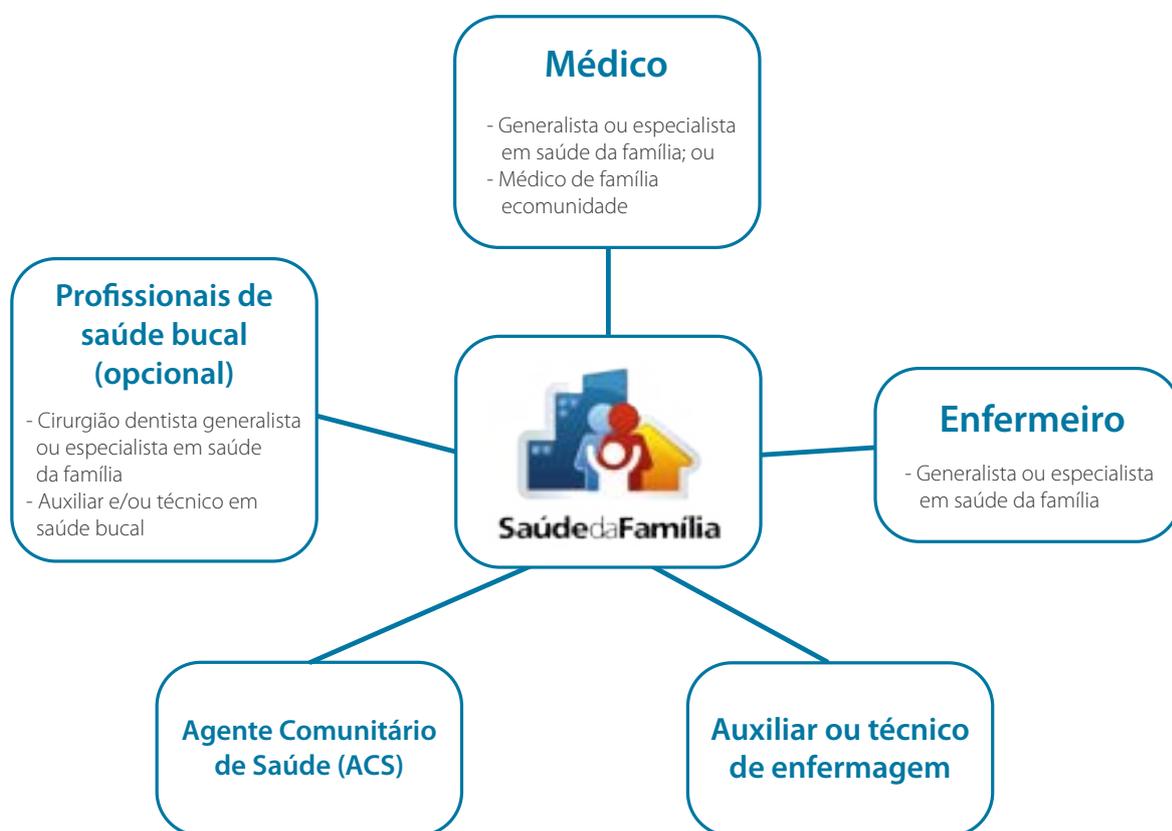
3.2 Atenção Básica

No Brasil, a AB – também denominada atenção primária – caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A AB deve ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Seus princípios orientadores são a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Consoante o disposto na Portaria GM/MS 2.488/2011, é um dos itens necessários à ESF a existência de equipe multiprofissional, chamada equipe de saúde da família.

Figura 5: Composição da Equipe de Saúde da Família



As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. Ainda conforme a PNAB, cada equipe deve ser responsável, por, no máximo, quatro mil pessoas (a média recomendada é de três mil pessoas).

No SUS, a garantia de AB em saúde é de responsabilidade da administração municipal. Ao MS compete, por exemplo, a definição e revisão periódica das diretrizes da política, a garantia de fontes de recursos federais para financiamento, o apoio institucional aos gestores dos demais entes federados no processo de qualificação e de consolidação da política. Em 2014, cerca de R\$ 17,4 bilhões foram aplicados em ações de AB.

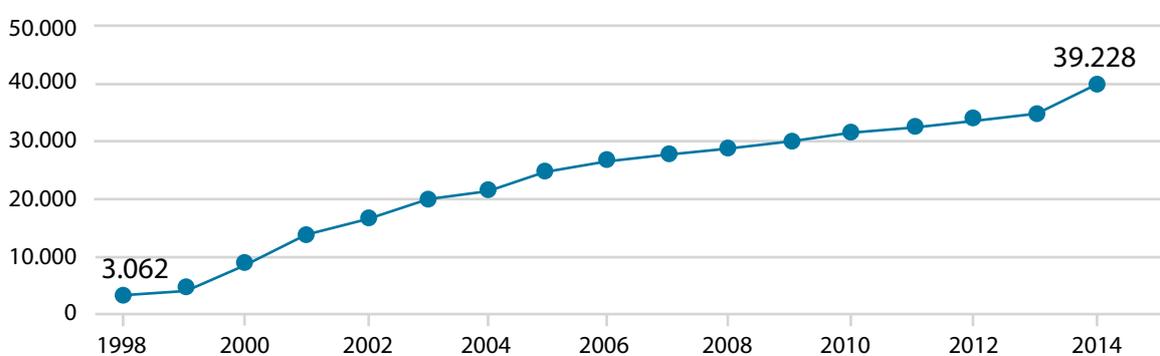
Diante da relevância do tema, em 2009 o TCU realizou auditoria operacional⁷ com o objetivo de avaliar a gestão dos recursos federais repassados aos municípios, nas principais estratégias da AB.

Os resultados da auditoria apontaram deficiências de planejamento, falhas na disponibilização de serviços especializados aos usuários (apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar), deficiências no processo de capacitação continuada dos profissionais, inconsistências em sistemas informatizados utilizados para cálculo dos valores a ser repassados para o custeio das equipes e para o acompanhamento dos indicadores de saúde dos municípios, falta de equipamentos e insumos, dificuldades para atrair ou fixar profissionais, precarização nas relações de emprego, não cumprimento da carga horária semanal, falhas no acompanhamento e na avaliação das ações e resultados do trabalho desenvolvido. Entretanto, também foi constatado que as atividades desenvolvidas pelas ESF estavam interferindo positivamente no comportamento de indicadores sensíveis à AB.

O Tribunal, por meio do Acórdão 1.188/2010-Plenário, expediu uma série de recomendações e determinações ao MS, visando à melhoria das ações. O TCU verificou, em processo de monitoramento das determinações e recomendações expedidas no citado acórdão⁸, que o Ministério priorizou o repasse de recursos para melhoria de infraestrutura de UBS em que as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal já estão atuando, o que vai ao encontro da recomendação constante do citado acórdão.

Após a auditoria operacional realizada pelo TCU, houve aumento de 27% no número de Equipes de Saúde da Família, que passou de 31.153 em dezembro de 2009 para 39.555 em dezembro de 2014. De acordo com informações do Histórico de Cobertura da Saúde da Família, do DAB⁹, a proporção de cobertura populacional estimada no Brasil passou de 6,55%, em 1998, para 62,37%, em 2014. A região com maior percentual de cobertura populacional com equipes de saúde da família é a Nordeste, com 79,65%.

Gráfico 47: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família (1998-2014)



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde

Desde a realização da auditoria operacional, houve avanços no processo de avaliação dos trabalhos das equipes da ESF. A Portaria GM/MS 1.654/2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

Houve, ainda, mudanças nos instrumentos de pactuação. O Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu novo instrumento de acordo de colaboração entre os entes federativos, o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), em que há definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde.

O último monitoramento¹⁰, realizado em 2014, apresenta as medidas adotadas rotineiramente pelo MS para fortalecer a prestação dos serviços de AB pelos municípios. São elas, entre outras: participação em congressos nacionais de secretários de saúde e em conselhos de secretários de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – Cosem), para orientações de cunho normativo; realização de oficinas de planejamento no SUS para gestores; discussões sobre o tema na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); obrigatoriedade de inclusão do Plano Municipal de Saúde no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) do Ministério; incentivo à regularização dos vínculos dos profissionais da ESF nos municípios; alteração de normativos para ampliar o aporte de recursos a municípios que possuem equipes de profissionais com vínculos empregatícios regularizados.

A AB passa por um processo de evolução que necessita de continuidade, de modo a possibilitar o cumprimento pleno de sua função ordenadora do sistema de saúde. Esforços contínuos do MS são demandados para melhoria desse importante nível de atenção no SUS.

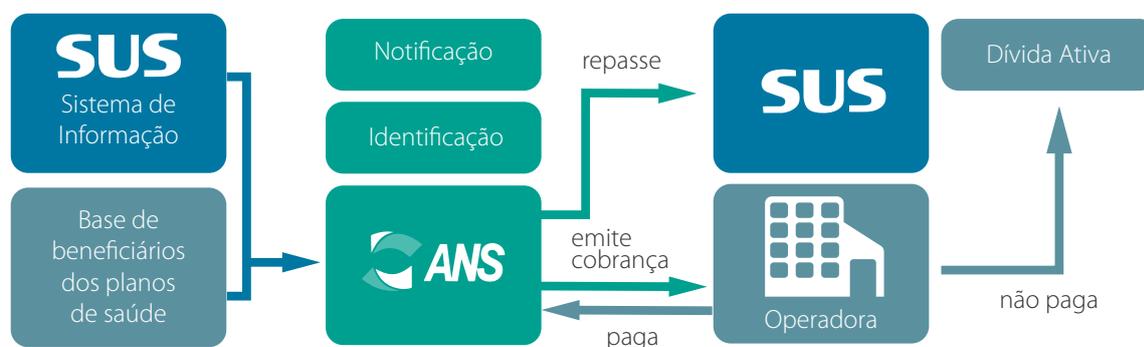
3.3 Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988 definiu o SUS como público e universal, ao mesmo tempo que previu a assistência à saúde como livre à iniciativa privada. Assim, desde a sua concepção, o SUS coexiste com um crescente e consolidado mercado de planos e seguros privados de saúde.

Muitas vezes, apesar de possuir planos privados, parcela da população que contrata a assistência à saúde suplementar tem de recorrer ao SUS para acesso a serviços de saúde. Nesse caso, as operadoras de planos de saúde devem ressarcir aos cofres públicos os valores gastos nos serviços previstos nos respectivos contratos, prestados aos beneficiários e respectivos dependentes em instituições integrantes do SUS, nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A ANS tem a competência de realizar a cobrança dos valores relativos ao ressarcimento ao SUS das operadoras de planos privados de saúde. Na figura abaixo, apresentamos o esquema do processo do ressarcimento ao SUS:

Figura 6: Esquema de processo de ressarcimento ao SUS



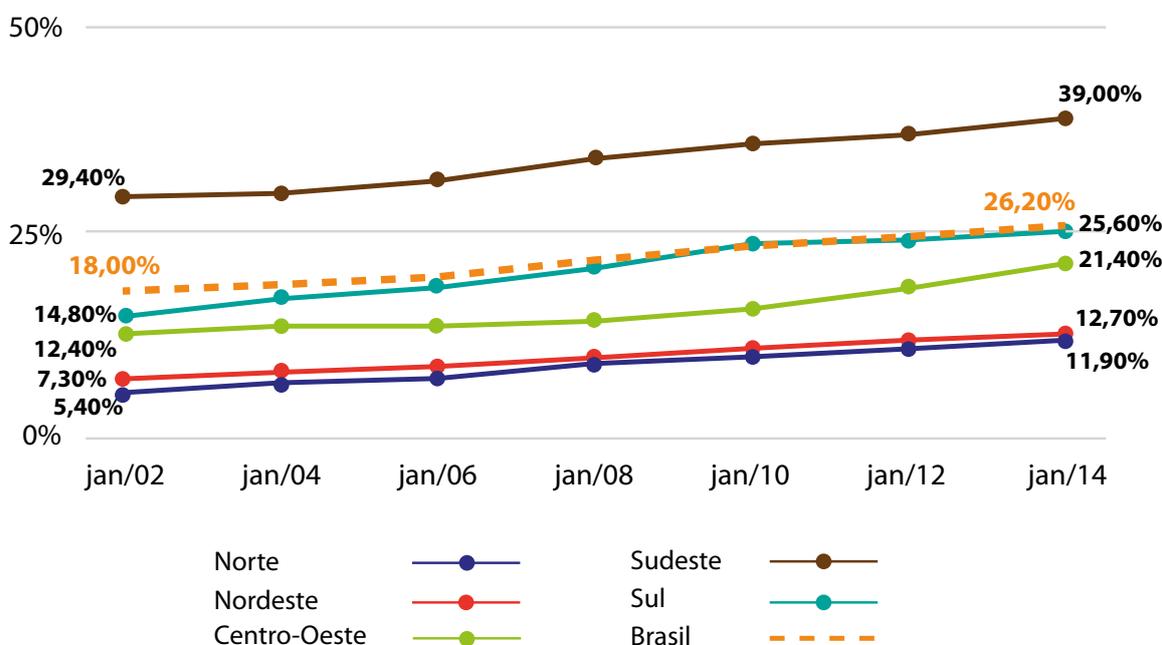
De acordo com estimativas populacionais do IBGE e informações da ANS, cerca de 25,5% da população brasileira possuía planos de saúde em 2013, com diferenças entre as regiões. Em 2014, a taxa de cobertura foi ligeiramente elevada, passando para 26,2% da população brasileira, sendo a maior percentagem a da região Sudeste (39%) e a menor a da região Norte (11,9%). A tabela a seguir apresenta os dados relacionados à taxa de cobertura dos planos de saúde por região em 2013 e 2014:

Tabela 8: Taxa de cobertura dos planos de saúde por região (2013-2014)

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
dez/13	11,5%	12,3%	38,4%	24,7%	19,7%	25,5%
dez/14	11,9%	12,7%	39%	25,6%	21,4%	26,2%

No gráfico abaixo, pode-se verificar o crescimento da parcela da população, em especial na região Sudeste do país, que contrata planos e seguros de saúde privados.

Gráfico 48: Percentual da população assegurada por planos privados de saúde (2002-2014)



Fonte: Sistema Tabnet/ANS (acesso em fevereiro/2015)

Em 2008, o TCU realizou auditoria¹¹ com o objetivo de avaliar a sistemática adotada pela ANS com vistas ao ressarcimento ao SUS.

O achado mais significativo da fiscalização foi o fato de os procedimentos ambulatoriais (uma ampla diversidade de procedimentos que abrangem desde administração de vacinas, realização de exames, consultas médicas e pequenas cirurgias, até quimioterapia, hemodiálise e fornecimento de órteses e próteses) não serem considerados para fins de ressarcimento, em especial os de MAC. A ANS não exigia o ressarcimento desses procedimentos, fazendo-o somente quanto aos realizados em internações hospitalares – Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) –, contrariando o disposto no artigo 32 da Lei 9656/1998.

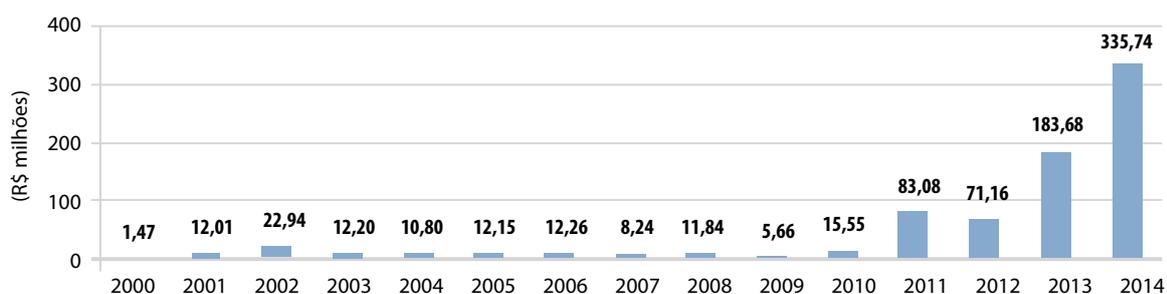
Além da falta de processamento das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), também foram constatados gargalos que limitavam que o ressarcimento ao SUS ocorresse de forma mais efetiva, entre os quais: atrasos nas cobranças aumentavam o risco de prescrição das dívidas, carência de pessoal no setor de cobrança da ANS, fragilidade dos controles internos, falta de interação entre os diversos sistemas, bem como falhas na política de segurança da informação utilizada na agência.

À época da auditoria, o Tribunal verificou que a ANS já vinha adotando medidas para minimizar as fragilidades apontadas. De modo a contribuir para aprimorar o processo de ressarcimento ao SUS, foram expedidas recomendações e determinações à agência, por meio dos Acórdãos 502/2009-Plenário e 2.879/2012-Plenário. Uma das determinações efetuadas foi de que a ANS procedesse à cobrança das APAC, estabelecendo prazo para cumprimento. Por meio do Acórdão 40/2015-Plenário, o Tribunal prorrogou o prazo até 31 de dezembro de 2015.

De acordo com informações do Relatório de Gestão da ANS 2014, de 2011 a 2013, o ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras foi de R\$ 322 milhões. Esse valor foi duas vezes superior ao ressarcido nos dez anos anteriores a esse período. De janeiro a novembro de 2014, o montante pago pelas operadoras foi de R\$ 315 milhões, o que representa aumento de 82% em relação ao total ressarcido em 2013 (R\$ 183 milhões).

Segundo a agência, o volume de recursos ressarcidos ao SUS cresceu devido à intensificação da cobrança realizada, ao aprimoramento dos processos de gestão e à contratação de novos servidores. Além disso, houve a priorização da inscrição das operadoras inadimplentes em dívida ativa e a determinação para que as operadoras incluíssem em seus balanços a dívida com o ressarcimento, com garantias e provisões para as dívidas atuais e futuras, como forma de induzir o efetivo pagamento.

Gráfico 49: Ressarcimento ao SUS – receitas realizadas – total arrecadado (2000-2014)



Fonte: Relatório de Gestão da ANS – 2014

Gráfico 50: Ressarcimento ao SUS – inscrição em Dívida Ativa – valor total enviado (2006-2014)



Fonte: Relatório de Gestão da ANS – 2014

Muitos avanços foram obtidos no ressarcimento ao SUS e envolveram a reorganização dos processos, tornando os fluxos mais ágeis – houve a criação de coordenadorias especializadas na ANS, a padronização de atividades, a definição de metas e indicadores e a contratação de mão de obra temporária e terceirizada. A agência estabeleceu sistema on-line para tramitação digital de pedidos de impugnação e recurso dos processos de ressarcimento (Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS – PERSUS) e ampliou a transparência com a divulgação da lista de operadoras inadimplentes no Portal da ANS.

Além disso, importante avanço observado em 2014 foi o aumento de registros do número do Cartão SUS nas bases de dados da ANS. Atualmente, as bases da agência contam com 42,3 milhões de indivíduos identificados com planos de saúde, sendo que, desses, 55% já contam com o número do Cartão SUS correspondente. A identificação unívoca do beneficiário do plano de saúde é ponto essencial no processo de cobrança do ressarcimento.

A Resolução Normativa-ANS 360, de 3 de dezembro de 2014, estabeleceu o prazo até o final de 2015 para que as operadoras disponibilizem aos usuários um conjunto padronizado de informações sobre seu plano de saúde – a chamada Identificação Padrão da Saúde Suplementar –, entre elas o número do Cartão SUS. A norma objetiva qualificar a identificação dos beneficiários e facilitar a comunicação entre a ANS, as operadoras e os consumidores.

3.4 Medicamentos

O setor farmacêutico possui grande relevância para a sociedade, tendo em vista ser um dos pilares na sustentação do direito à saúde, além de um dos setores em que a União investe considerável montante de recursos. Em 2014, foram gastos cerca de R\$ 9,1 bilhões com a subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico, que abrange as ações voltadas para produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral, dos quais 21% foram transferidos para estados e municípios. O valor gasto com a subfunção representou 10,5% dos gastos totais da Função Saúde no mesmo ano.

Para o assunto medicamentos, foram acompanhados trabalhos relacionados à Farmácia Básica e à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

3.4.1 Farmácia Básica

A ação Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde, também conhecida como Farmácia Básica, tem por objetivo promover o acesso da população a medicamentos e a insumos estratégicos.

O modelo adotado para a assistência farmacêutica básica é o da gestão descentralizada, em que cabe aos municípios a aquisição e dispensação dos medicamentos, sob a coordenação dos estados. O Governo Federal é responsável pela coordenação dos estados e pelo financiamento das ações, por meio de transferência fundo a fundo a esses entes, que devem entregar contrapartida.

Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional¹² para analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo MS. Os principais achados dessa auditoria foram:

Figura 7: Principais achados da auditoria operacional na assistência farmacêutica básica (Acórdão 1.459/2011-TCU-Plenário)



Monitoramento das determinações e recomendações efetuadas ao MS por meio do citado acórdão, realizado em 2014¹³, evidenciou aperfeiçoamento da execução da ação Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde, cujos principais resultados são resumidos a seguir.

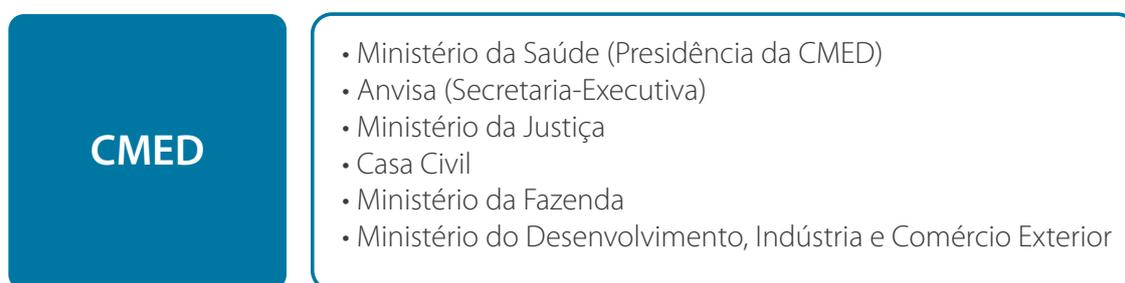
Figura 8: Implementação do Acórdão 1.459/2011-Plenário (Farmácia Básica)

Determinações e recomendações ao Ministério da Saúde	Resultados alcançados até 2014
<p> Determinação: Tornar obrigatório o uso do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) por estados e municípios, liberando o acesso público aos dados.</p>	<p>- Tornou obrigatório o preenchimento do SARGSUS por estados e municípios, com informações sobre recursos aplicados em saúde; auditorias realizadas e suas recomendações/determinações; oferta e produção de serviços de saúde. - Liberou acesso público aos dados do sistema, por meio de consultas por município (www.saude.gov.br/sargsus).</p>
<p> Recomendação: Induzir a boa gestão das ações de assistência farmacêutica e a alimentação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) por estados e municípios. O sistema permite acompanhamento individualizado do uso de medicamentos e o controle da distribuição e do estoque em tempo real.</p>	<p>- Capacitação de 2.044 profissionais de 890 municípios no uso do sistema Hórus. Novos cursos disponibilizados mensalmente pelo Ministério, na modalidade à distância.</p>
<p> Recomendação: Implementar indicadores que incentivem estados e municípios a aprimorar os processos de gestão.</p>	<p>- Criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) para estruturação dos serviços farmacêuticos do SUS, capacitação permanente dos profissionais de saúde e acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações. O programa é objeto de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. - Em 2014, 510 municípios receberam recursos do Qualifar-SUS.</p>

3.4.2 Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

A CMED é um órgão interministerial do Governo Federal, responsável por regular o mercado e estabelecer critérios para a definição e o ajuste de preços do setor farmacêutico no país.

Figura 9: Composição da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)



Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)¹⁴ apontou que as duas principais categorias do gasto das famílias brasileiras com saúde são medicamentos e mensalidades de planos ou seguros de saúde. Daí a importância da regulação do mercado de medicamentos, inclusive pela presença

de fatores que possibilitam o exercício do poder de mercado pelos laboratórios, como: demanda garantida, dada a essencialidade do produto; reduzido poder decisório dos consumidores, já que os médicos influenciam as escolhas; patentes que garantem o monopólio para determinados medicamentos.

Assim, é necessário que o Governo estabeleça, entre outras medidas, regras de autorização para comercialização, exigência de prescrição médica, restrições à publicidade e propaganda, e fixação de preço máximo que laboratórios e farmácias podem cobrar pelos produtos.

Fiscalizações realizadas pelo Tribunal apontaram distorções em alguns preços fixados pela CMED, que se mostraram bastante superiores aos praticados nas compras públicas. Além disso, identificou-se que vários gestores públicos tinham dificuldades em consultar a tabela com os preços máximos.

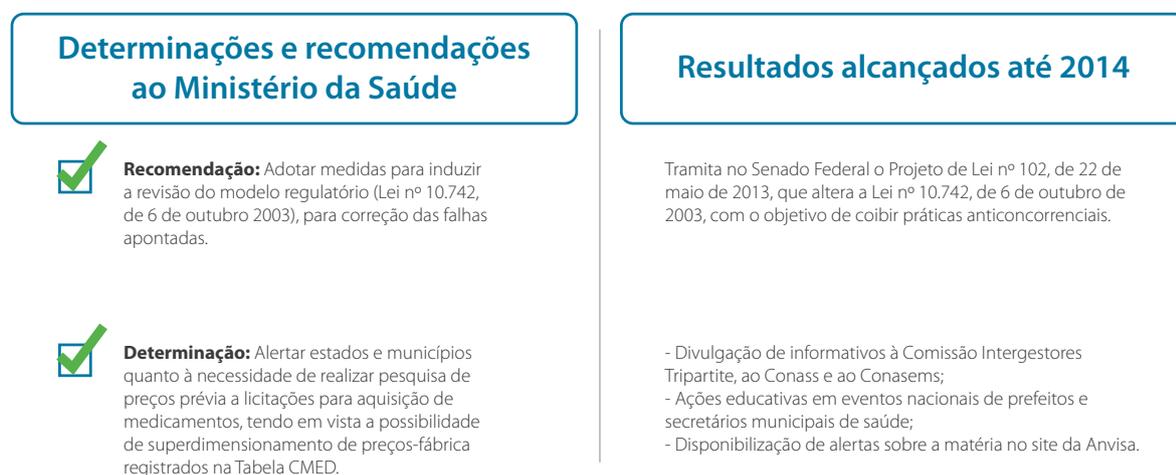
Com o objetivo de avaliar se a atuação regulatória do órgão reduzia os efeitos das falhas de mercado, evitando a prática de preços abusivos, o TCU realizou, em 2012, auditoria operacional¹⁵ na CMED. Foram realizadas comparações dos preços registrados em compras governamentais e em outros nove países que também realizam algum tipo de controle dos preços.

A auditoria concluiu que nas compras públicas eram obtidos preços significativamente inferiores aos registrados pela CMED. Já na comparação internacional, de uma amostra de 50 princípios ativos selecionados com base no maior volume de comercialização no ano de 2010, em 43 deles o Brasil possuía preço registrado acima da média internacional; em 23, o maior preço entre os países pesquisados; e, em três, o menor.

Essa distorção é repassada aos consumidores, pois os preços praticados no varejo também se mostraram, em vários casos, acima da média internacional. Os medicamentos analisados representaram um total de R\$ 6,1 bilhões, dos quais R\$ 1,1 bilhão poderia ser economizado caso os preços máximos fossem fixados pela média internacional.

Em razão disso, o TCU expediu recomendações e determinações ao MS e à CMED, por meio do Acórdão 3.016/2012-TCU-Plenário. No início de 2015, foi realizado monitoramento¹⁶ do cumprimento dessa deliberação, cujos resultados são resumidos a seguir.

Figura 10: Implementação do Acórdão 3.016/2012-Plenário (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED)



3.5 Hemobrás

A Hemobrás, vinculada ao MS, foi criada para garantir o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia aos pacientes do SUS. Seu objetivo é reduzir a dependência externa do Brasil no setor de derivados do sangue, com a produção de medicamentos essenciais à vida de pessoas queimadas, com hemofilia, cirrose, câncer ou AIDS, ou portadoras de imunodeficiência genética, por exemplo. Quando concluída, a fábrica da Hemobrás, em construção no município de Goiana (PE), produzirá os seis hemoderivados de maior consumo mundial: albumina, imunoglobulina, Fator VIII, Fator IX, complexo protrombínico e Fator de von Willebrand, além de cola de fibrina.

Figura 11: Importância estratégica da Hemobrás



A imunoglobulina (o hemoderivado mais demandado no mundo) e o Fator VIII (o mais caro e essencial aos hemofílicos) são os que permanecerão com menor percentual de atendimento de demanda do SUS, mesmo após a conclusão da fábrica da Hemobrás: 60% e 9%, respectivamente. Para os demais, a previsão é de atendimento de 100% da demanda.

Com relação à imunoglobulina, o problema seria universal – a demanda é bem superior à oferta, pois há cerca de 130 doenças que podem ser tratadas com ela e a produção é dependente da disponibilidade de plasma, o que foge ao controle das indústrias. Nenhum país é autossuficiente em imunoglobulina, sendo os Estados Unidos da América e o Canadá os maiores consumidores per capita.

Segundo informações do Portal da Hemobrás, em 2013 o Brasil adquiriu 600 milhões de unidades internacionais (UI) de Fator VIII e, em 2017, deverá adquirir 700 milhões. A fábrica, em sua capacidade plena, só produzirá 65 milhões de UI por ano. Para a autossuficiência, seria necessário multiplicar por nove ou dez o número de doações de sangue, o que a empresa entende como improvável.

Em 2007, a Hemobrás celebrou os contratos 22/2007, 23/2007 e 24/2007, com o Laboratoire Français du Fractionnement et des Biotechnologies (LFB S/A) para transferência de tecnologia de produção de hemoderivados e para produção de hemoderivados com plasma brasileiro. Além desses, o MS celebrou com o mesmo laboratório o contrato 77/2007, para beneficiamento do plasma brasileiro.

Tabela 9: Contratos celebrados com o Laboratoire Français du Fractionnement et des Biotechnologies (transferência de tecnologia e produção de hemoderivados)

Contrato	Objeto	Valor (R\$)
22/2007	Transferência de tecnologia de produção de hemoderivados	230.601.874,32
23/2007	Transferência de tecnologia de produção de hemoderivados	3.856.572,94
24/2007	Transferência de tecnologia de produção de hemoderivados	3.856.572,94
77/2007	Produção de hemoderivados a partir de plasma brasileiro	49.247.445,00

Fonte: DOU e Acórdão 1.444/2014-TCU-Plenário

Em novembro de 2014, foi realizado o primeiro envio de bolsas de plasma da Hemobrás, no Brasil, para a LFB, na França. Nessa primeira remessa, cerca de 33 mil bolsas do produto serão fracionadas pela empresa – responsável pela produção dos hemoderivados com plasma brasileiro até que a fábrica da Hemobrás seja concluída – e retornarão ao Brasil para distribuição gratuita ao SUS.

No final de outubro de 2012, a Hemobrás assinou o contrato 40/2012 com a empresa Baxter, no valor original de R\$ 270 milhões, cujo objeto é a transferência de tecnologia da produção do Fator VIII recombinante, obtido por engenharia genética, ou seja, dispensando o plasma humano. A previsão é que o contrato possibilitará ao SUS atender cerca de 90% dos portadores de hemofilia tipo A.

O TCU realiza a fiscalização da atuação da empresa, desde o acompanhamento¹⁷ das contratações para o processo de transferência de tecnologia de produção de hemoderivados a partir do fracionamento industrial de plasma sanguíneo, até as obras para construção da fábrica¹⁸. A atuação do Tribunal, entre outros benefícios, resultou em redução da ordem de R\$ 10,5 milhões na execução contratual das obras.

A transferência de tecnologia para produção de hemoderivados é questão delicada, envolvendo rígidos protocolos de segurança. No caso entre França e Brasil, ainda envolveu outros dois complicadores: questões burocráticas e diferenças climáticas entre os dois países. Essa transferência de tecnologia envolve, além da saúde e vida humana, grande soma de recursos. A previsão de atraso na conclusão das obras, originalmente prevista para 2014 e adiada para o período entre 2018 e 2021, deve retardar a obtenção da economia que a Hemobrás trará com a produção própria dos hemoderivados.

Por meio do Acórdão 1.444/2014-Plenário, o Tribunal determinou à Hemobrás que apresentasse plano detalhado de ação, com vistas a eliminar ou mitigar os entraves à conclusão do processo de transferência de tecnologia de hemoderivados, nele considerada a completa implantação da unidade fabril da Hemobrás, em menor tempo que o atualmente previsto. Portanto, é essencial que o acompanhamento perdure.

3.6 Política Nacional de Atenção Oncológica

No Brasil, seguindo tendência mundial, a taxa de mortalidade por câncer está aumentando. Dados epidemiológicos apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) apontam que, depois das doenças cardiovasculares, o câncer é o grupo de doenças que mais mata no Brasil.

Observa-se em nosso país processo de transição com importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população, sendo que, a partir dos anos 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias. O aumento da taxa de mortalidade por câncer pode estar relacionado tanto ao processo de envelhecimento da população mundial quanto à maior eficiência no registro de dados estatísticos dos órgãos de saúde dos países em desenvolvimento, além da maior exposição da população a fatores de risco.

Esse crescimento da incidência de câncer tem se refletido no aumento do número de tratamentos ambulatoriais, das taxas de internações hospitalares e dos recursos públicos demandados para custear os tratamentos. A inclusão de ações de controle do câncer é um dos dezesseis Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período de 2011 a 2015, com destaque para ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento tempestivo dos cânceres de mama e do colo do útero.

De acordo com o documento “Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil”, do Inca, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. De acordo com esse documento, a estimativa para 2014 (válida também para 2015) é de ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos, reforçando a magnitude do problema no país.

O Inca estima que o câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira em 2014 e 2015, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional¹⁹ para avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, procurando contemplar aspectos relacionados à economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade da atenção à saúde na área de oncologia, em benefício da população brasileira que dela necessita.

As análises evidenciaram insuficiência da estrutura da rede de atenção oncológica para possibilitar aos pacientes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e tratamento. As principais carências identificadas estão relacionadas à estrutura para a realização dos tratamentos de radioterapia. Entretanto, também foram verificadas fragilidades no atendimento tempestivo das necessidades de cirurgia oncológica e de quimioterapia, quando se consideram os problemas estruturais específicos de determinadas unidades da Federação.

A auditoria evidenciou como possíveis causas das dificuldades de acesso à assistência oncológica: incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes; carência de profissionais, em especial a de médicos patologistas e médicos oncologistas; estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade, responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; deficiências na prevenção do câncer; despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada.

Diante dos resultados, o Tribunal expediu determinações e recomendações ao MS, por meio do Acórdão 2.843/2011-Plenário. O monitoramento²⁰ dessa deliberação, realizado em 2014 e apreciado por meio do Acórdão 2.577/2014-Plenário, concluiu que todas as recomendações estavam em implementação ou ainda não implementadas, ainda que se observasse expansão dos serviços de oncologia no SUS, aumento no número de procedimentos, inclusão de novas diretrizes e medicamentos para o tratamento do câncer, entre outras melhorias adotadas após a deliberação proferida por esse Tribunal.

Após a publicação dos resultados da auditoria, foi editada a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como a “Lei dos 60 dias”, que estabeleceu o prazo de sessenta dias contados a partir da data do diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, para o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada. Considera-se por início efetivo do tratamento a realização de terapia cirúrgica ou o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

O site do Inca informa que existem 276 Centros/Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon/Unacon) habilitados pelo MS, sendo que todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente encontrará desde exames até cirurgias mais complexas. Informações prestadas pelo instituto dão conta que 34,6% dos pacientes com diagnóstico prévio chegam ao Cacon/Unacon em até 60 dias e 70% deles têm chegado a essas unidades em até 180 dias.

Tabela 10: Tempo entre o primeiro diagnóstico confirmado de câncer e o início do primeiro tratamento

Tempo	Nº de Casos	%	% Acumulado
Até 15 dias	9.451	6,50	6,50
Até 30 dias	13.501	9,20	15,70
Até 60 dias	27.678	18,90	34,60
Até 90 dias	21.514	14,70	49,30
Até 120 dias	14.674	10,00	59,40
Até 150 dias	9.407	6,40	65,80

Até 180 dias	6.101	4,20	70,00
Até 210 dias	4.242	2,90	72,90
Até 240 dias	2.926	2,00	74,90
Até 270 dias	2.067	1,40	76,30
Até 300 dias	1.588	1,10	77,40
Até 330 dias	1.188	0,80	78,20
Até 365 dias	1.084	0,70	78,90
Até 366 dias	30.848	21,10	100,00
Total	146.269	100	--

Os elevados tempos de espera para a realização dos diagnósticos e dos tratamentos de câncer podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição de chances de cura e de tempo de sobrevivência. Além disso, o tratamento realizado tardiamente pode prejudicar a qualidade de vida dos pacientes, aumentar gastos com tratamentos mais caros e prolongados e incrementar os custos previdenciários decorrentes do afastamento desses pacientes do trabalho.

Um importante instrumento para verificar o cumprimento do prazo da Lei 12732/2012 é o Sistema de Informação de Câncer (Siscan), criado no final de 2013 para realizar o seguimento e o monitoramento dos pacientes portadores de câncer. O objetivo é que a base do Siscan contenha 100% dos exames realizados na rede SUS, permitindo a atualização automática do histórico de seguimento.

O Siscan deverá ser implantado em todos os laboratórios de citopatologia e de anatomia patológica, nas unidades fixas e móveis de radiologia, nos hospitais habilitados em alta complexidade em oncologia – que realizam o tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia no âmbito do SUS –, nos ambulatórios de especialidades relacionados ao câncer, e nas coordenações estaduais e municipais que acompanham as ações de controle do câncer.

Em consulta realizada em 26 de fevereiro de 2015 no módulo Integrador RHC – Registro Hospitalar de Câncer, do Siscan, de que se pode extrair relatório de intervalo de tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento, observa-se que o DF e os estados de Amazonas, Roraima e São Paulo não retornam resultados. A não implantação completa do sistema decorre de problemas de compatibilização entre bases de dados, capacitação de pessoal, carência de recursos tecnológicos locais, entre outros.

Ainda que as medidas adotadas pelo MS e suas unidades já comecem a repercutir nos serviços oncológicos prestados, os desafios para prevenção e tratamento tempestivo do câncer são muitos.

3.7 Mamógrafos

O câncer de mama representa grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade e mortalidade e pelo seu elevado custo de tratamento. É o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. Entretanto, no Brasil, segundo o Inca, as taxas

de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

A mamografia permite a detecção precoce do câncer ao mostrar lesões em fase inicial, e deve ser realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e 69 anos, ou segundo recomendação médica.

Em 2009, o TCU realizou auditoria operacional²¹, para avaliar em que medida o quantitativo de equipamentos, insumos e profissionais disponíveis para realização de mamografias estavam adequados ao atendimento da população e quais os principais aspectos que afetavam a quantidade de mamografias realizadas.

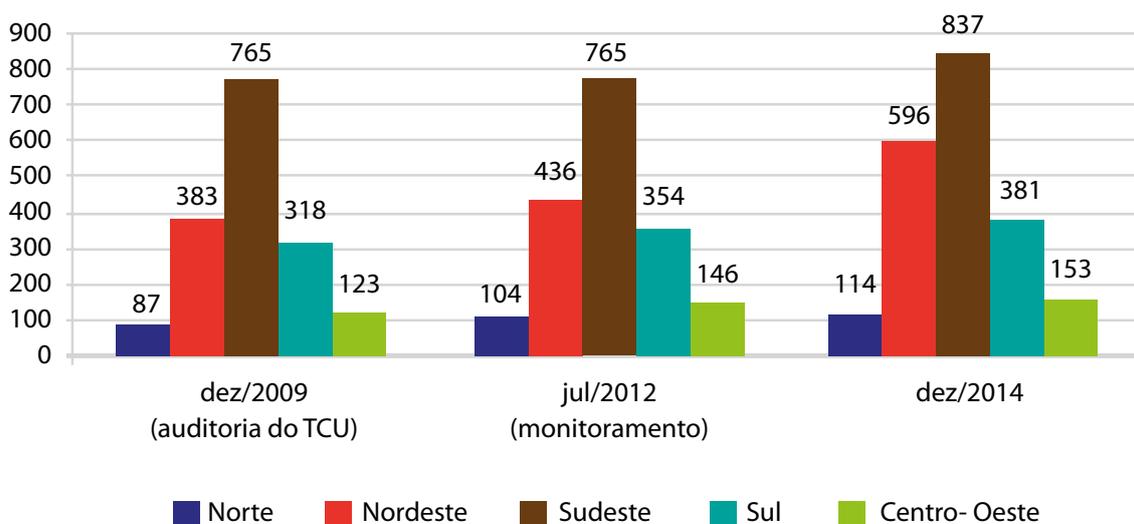
As conclusões apontaram que a limitação da oferta de exames de mamografia resultava da combinação de vários fatores, como a deficiência na manutenção dos mamógrafos e dos equipamentos de revelação e a falta de pessoal. A dissociação entre o planejamento de investimento na aquisição de mamógrafos e o posterior financiamento de seu custeio, sem consideração dos custos fixos posteriores, também influenciava no quantitativo de exames realizados. Foram constatadas, à época, falhas na emissão pelo MS de pareceres relativos à aquisição de mamógrafos, acarretando a compra de equipamentos inadequados à estrutura do estabelecimento ou às reais necessidades da localidade beneficiada.

A auditoria verificou que os registros constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sobre o quantitativo e a localização dos mamógrafos nos estabelecimentos de saúde apresentaram várias inconsistências, a exemplo de registros de equipamentos que nunca existiram e de equipamentos desativados ou transferidos para outras unidades sem que o MS tivesse conhecimento. Também foi verificado registro de mamógrafos em uso e sem produção correspondente no SIA/SUS, e estabelecimentos com produção de exame de mamografia registrada, sem equipamento de mamógrafo cadastrado no CNES. Além disso, as informações sobre quantitativo e especialidade dos profissionais não estavam atualizadas.

Em 2012, após o primeiro monitoramento das providências adotadas para atender à deliberação do TCU, foram verificadas melhorias na prestação dos serviços de mamografia, a começar pela instituição do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia²². Além disso, foram diferenciados códigos de exames de mamografia bilateral para rastreamento e mamografia unilateral para diagnóstico, permitindo a diferenciação dos exames realizados como prevenção.

Segundo registros dos sistemas de informação do SUS, houve aumento de 29,65% de mamógrafos disponíveis com produção e de 43,6% de exames de mamografia realizados. O resultado em relação à produção de exames foi positivo em todas as regiões do país e somente os estados de Roraima e Bahia e o DF apresentaram produção inferior à verificada em 2009. A evolução do número de equipamentos disponíveis ao SUS desde a realização da auditoria pelo TCU é apresentada no gráfico abaixo.

Gráfico 51: Número de mamógrafos disponíveis ao SUS por região (2009-2014)



Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)

Atualmente, segundo os últimos resultados de auditorias realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) nos estabelecimentos que apresentavam irregularidades na proporção de mamografias realizadas e equipamentos em uso, foi registrada a realização de mamografias sem o comprovante da regulação e da guia SUS, bem como preenchimento incompleto de requisições e solicitações de exames. Essa falta de critério cria oportunidade para realização de exames fora dos prazos recomendados pelo protocolo de rastreamento e diagnóstico, bem como para a ocorrência de duplicidades.

Assim, ainda há necessidade de aperfeiçoamento dos requisitos das intervenções preventivas e ações de detecção precoce do câncer – rastreamento e diagnóstico –, que vão desde a solicitação pela rede de saúde, os mecanismos de controle tanto pela regulação municipal como pelos prestadores contratados, até os consequentes diagnóstico oportuno e acompanhamento das usuárias do SUS.

Com relação à aquisição de novos equipamentos, segundo esclarecimentos do MS, as novas propostas para aquisição de mamógrafos estão condicionadas apenas às instituições que participam do Serviço de Referência de Diagnóstico de Câncer de Mama²³, após avaliação da necessidade do serviço no local. Dessa forma, seria assegurada uma equipe mínima de profissionais e de infraestrutura para garantir o funcionamento do equipamento.

Com o aumento do número de casos de câncer de mama a cada ano, permanece o desafio para garantia de acesso da população alvo aos procedimentos preventivos, como a mamografia.

CAPÍTULO 4

Trabalhos em Destaque na Área da Saúde

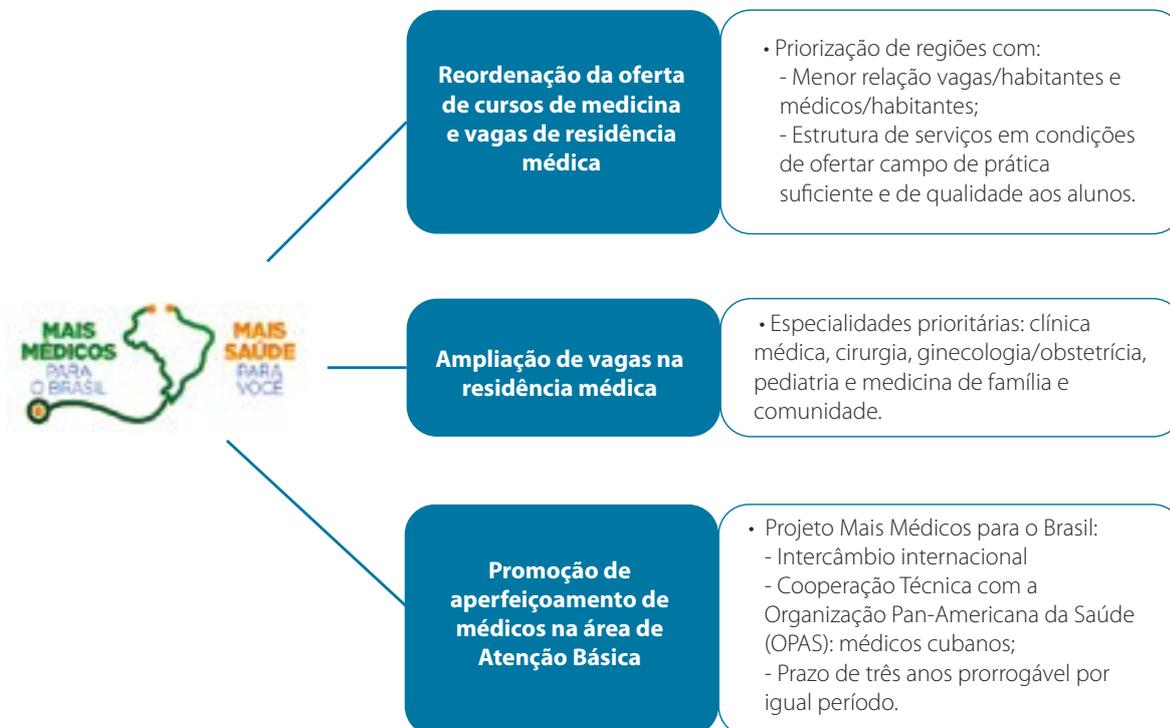
Apresentamos, a seguir, as principais fiscalizações na área da saúde realizadas pelo TCU em 2014.

4.1 Mais Médicos

4.1.1 Acompanhamento do Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos foi criado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, para formar recursos humanos na área médica para o SUS, com os objetivos, por exemplo, de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias, para reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, fortalecer a prestação de serviços de AB em saúde, aprimorar a formação médica no país, promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras, estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. O programa é composto das seguintes ações:

Figura 12: Programa Mais Médicos – ações



Os recursos orçamentários são oriundos, principalmente, dos Ministérios da Saúde e da Educação, sendo que, a partir de 2015, há previsão de gastos também pelo Ministério da Defesa, no âmbito dos programas e ações relacionados a seguir, de acordo com informações do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP):

- Ministério da Saúde: Programa 2015 (Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde) e Ações 20AD (Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família) e 20YD (Educação e Formação em Saúde);
- Ministério da Educação: Programa 032 (Educação Superior – Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão) e ações:
- 14IM, 156W, 156X, 156Y, 157A, 157B, 157C, 157D, 157E, 157G (Implantação dos Hospitais Universitários das Universidades Federais de Juiz de Fora, Roraima, Tocantins, Campina Grande, Acre, Amapá, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e Uberlândia, respectivamente);
- 20GK (Fomento às Ações de Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão);
- 20RX (Reestruturação e Modernização de Instituições Hospitalares Federais);
- 8282 (Reestruturação e Expansão de Instituições Federais de Ensino Superior).
- Ministério da Defesa: Programa 2108 (Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Defesa) e Ação 2000 (Administração da Unidade), no Plano Orçamentário Mais Médicos – Apoio logístico.

Os valores aplicados até 2014 e os constantes do PLOA 2015 representam:

Tabela 11: Programa Mais Médicos – Despesa liquidada (R\$)

Órgão	2013	2014	PLOA 2015
Ministério da Saúde	534.213.601,79	2.589.875.610,42	2.692.000.000,00
Ministério da Educação	---	199.363.617,22	444.496.348,00
Ministério da Defesa	---	---	28.600.000,00

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP)

Diante da relevância do programa para a sociedade brasileira e da alta materialidade dos recursos envolvidos, o Tribunal iniciou processo de acompanhamento dessa iniciativa governamental, para avaliar a legalidade e a legitimidade de sua criação e implementação²⁴.

Inicialmente, o Tribunal priorizou a análise das ações de promoção de aperfeiçoamento de médicos na área da AB – o denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil –, que busca trazer médicos para atuar em caráter urgente, temporário e preventivo, enquanto novas vagas de graduação e de residência médica são criadas para ampliar o número de médicos formados no país.

Os demais eixos do programa – reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência e estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica – têm caráter reformador e mais abrangente, com projeção de implementação a médio e longo prazos. Haja vista o estágio inicial em que se encontram, sua avaliação, nesse momento, fica prejudicada.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil prevê a participação: (i) de médicos brasileiros ou estrangeiros com diploma revalidado no país e (ii) de médicos estrangeiros, por meio de intercâmbio internacional.

Esse último se dá por meio do 80º Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a União, por intermédio do MS, e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para o desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, que viabiliza a participação de médicos cubanos. O Termo de Cooperação prevê os seguintes apontes de recursos:

Tabela 12: 80º Termo de Cooperação Técnica entre Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde (valores contratados 2013-2014)

Termo	Data de assinatura	Valor (R\$)
80º Termo de Cooperação Técnica (OPAS e MS)	25/4/2013	Sem previsão de alocação de recursos. Estabelece a taxa de administração de 5%.
(vigência até 26/4/2018)	(vigência até 26/4/2018)	Sem previsão de alocação de recursos
1º Termo de Ajuste	16/7/2013	11.539.264,00
2º Termo de Ajuste	9/8/2013	510.957.307,00
3º Termo de Ajuste	22/8/2013	973.946.600,00
4º Termo de Ajuste	26/2/2014	1.175.973.740,00
5º Termo de Ajuste	15/8/2014	1.175.973.740,00

Fonte: Ministério da Saúde

A análise realizada questionou a adequação da forma de pagamento dos médicos intercambistas à CF e ao Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da OMS, em especial no que se refere à igualdade de tratamento entre os profissionais participantes do projeto.

Além disso, foi apontada a falta de detalhamento das despesas a cargo da OPAS que comprovasse a compatibilidade dos gastos efetivos da entidade com a taxa de administração cobrada, de 5% do montante líquido previsto no Termo de Cooperação Técnica. Até o final de 2014, a taxa de administração prevista nos termos de ajuste correspondeu a cerca de R\$ 134 milhões.

O Tribunal ressaltou que o Programa Mais Médicos foi iniciado em 2013 sem a correspondente previsão na Lei Orçamentária Anual (LOA) ou no Plano Plurianual, medida obrigatória, já que sua duração ultrapassa o exercício financeiro. Ressaltou, ainda, a inadequação das dotações orçamentárias utilizadas pelo MS para realização dos pagamentos à OPAS (Programa: 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde; Ação: 20YD – Educação e Formação em Saúde; Localizador: Educação e Formação em Saúde – Nacional).

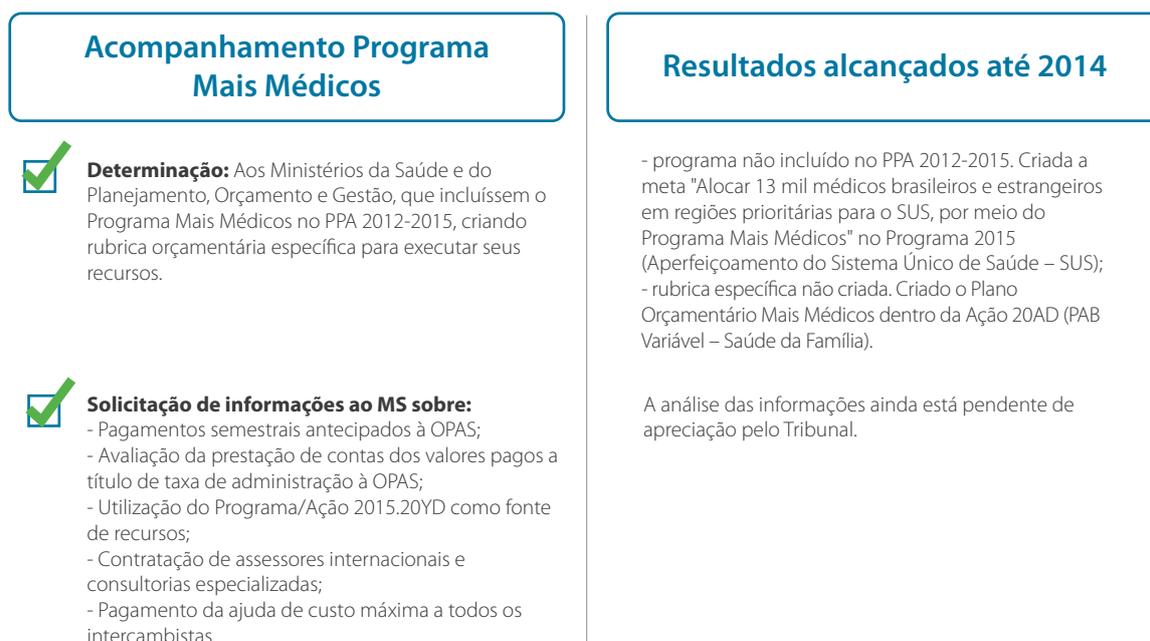
Outra questão apontada no acompanhamento refere-se à previsão, no Termo de Cooperação Técnica, de repasses semestrais antecipados à OPAS, em desacordo com a legislação que prevê pagamentos apenas após a regular verificação dos serviços prestados (Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964). Os 3º, 4º e 5º Termos de Ajuste representaram pagamentos antecipados da ordem de R\$ 1,76 bilhões.

Os valores pagos à OPAS foram calculados com base na ajuda de custo máxima de R\$ 30.000,00 por médico, no entanto, o projeto estabelece valores diferenciados de ajuda de custo, conforme a região em que o profissional será instalado.

O TCU destacou a necessidade de adoção de procedimentos quanto à prestação de contas do termo de cooperação, a fim de verificar se o valor pago a título de taxa de administração será integralmente aplicado no custeio dos serviços objeto do acordo.

Ao apreciar a primeira fase do Acompanhamento, o Tribunal decidiu, entre outras medidas:

Figura 13: Implementação do Acórdão 3.614/2013-Plenário (Mais Médicos)



A segunda fase do trabalho apontou, entre outras questões, fragilidades no acompanhamento, pelo MS, da aplicação dos recursos pagos antecipadamente à OPAS, falhas nos mecanismos de prestação de contas do termo de cooperação, falta de transparência sobre a destinação dos valores pagos a título de taxa de administração, e pagamento de assessores como custos diretos, quando deveriam representar custo indireto incluído na taxa de administração.

É possível apontar também a ocorrência de indícios de risco fiscal para a União, pois ações trabalhistas em curso na Justiça Federal reivindicam igualdade de tratamento entre os médicos cubanos e os demais participantes do programa, além do reconhecimento do vínculo empregatício entre a União e todos esses profissionais. Os médicos brasileiros e os oriundos de outros países recebem o valor integral da bolsa-formação, de R\$ 10.482,93 mensais, e os médicos cubanos receberiam significativamente menos.

O Acompanhamento apontou que, apenas em relação ao 3º Termo de Ajuste, considerando valores constantes de contrato individual celebrado por médica cubana divulgado na mídia²⁵, a diferença entre o que os médicos cubanos receberam e o que foi pago aos demais é de aproximadamente R\$ 260 milhões. Com a celebração dos 4º e 5º Termos de Ajuste, essa diferença pode mais que triplicar. Assim, caso a justiça brasileira reconheça a isonomia entre os profissionais inscritos no Projeto Mais

Médicos para o Brasil e a relação de trabalho deles com a União, seria elevado o impacto nas contas públicas, prejudicando a gestão fiscal do Governo.

As fases posteriores do acompanhamento deverão avaliar, entre outros aspectos, qual o impacto do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a formação de recursos humanos para atuarem no SUS.

4.1.2 Auditoria operacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil

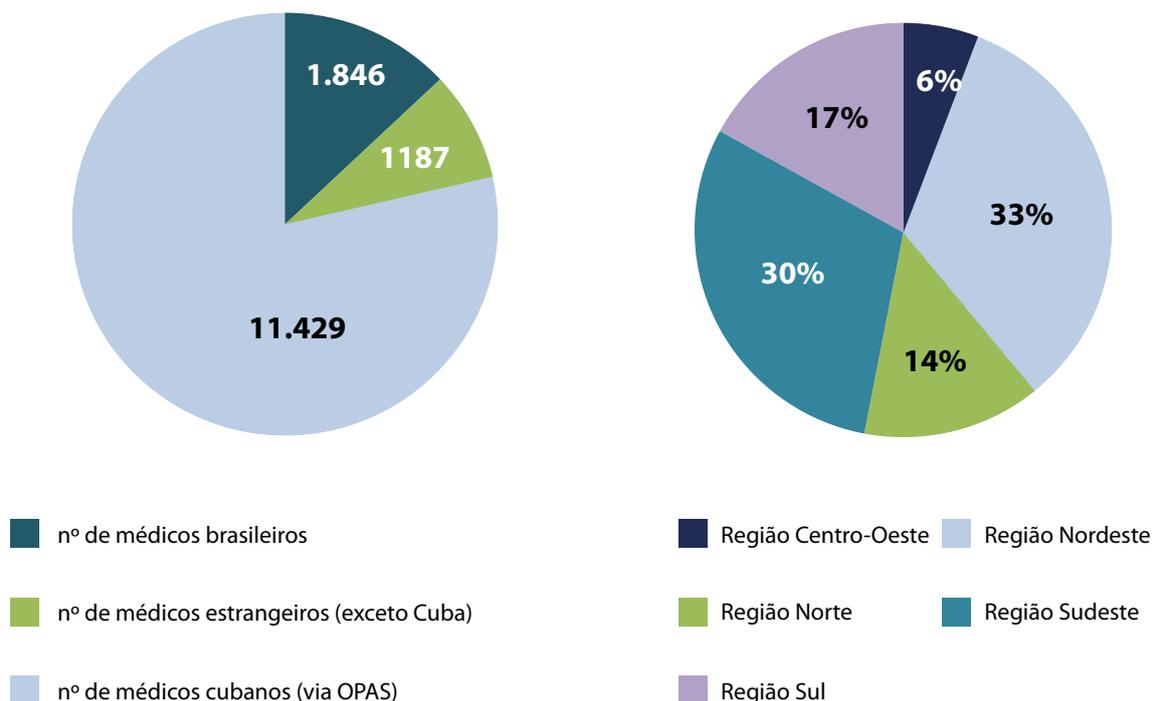
O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na AB em saúde em regiões prioritárias para o SUS, mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, e tem os seguintes objetivos específicos: aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática, ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras, e aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS.

As principais competências dos órgãos e entidades envolvidas no projeto foram assim distribuídas:

Ministério da Saúde (principal gestor)	<ul style="list-style-type: none"> • Celebra o Termo de Cooperação Técnica com a OPAS • Formaliza a adesão de estados, municípios e DF • Seleciona os médicos participantes • Acolhe e avalia os profissionais • Paga as bolsas-formação e ajudas de custo
Ministério da Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Celebra termos de cooperação com instituições públicas e privadas de educação em saúde • Cofinancia o projeto • Acolhe e avalia os profissionais
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	<ul style="list-style-type: none"> • Paga as bolsas aos tutores e supervisores • Oferece ferramentas de gerenciamento das informações operacionais do projeto
Municípios e Distrito Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Oferece moradia e alimentação ao médico • Insere os médicos nas equipes de Atenção Básica • Fornece equipamentos, instalações, segurança e higiene para as atividades • Acompanha e fiscaliza as atividades dos médicos
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Viabiliza a participação de médicos cubanos • Avalia a seleção dos médicos • Realiza a intermediação dos pagamentos e recolhe a cobertura de seguro e seguridade social
Coordenação do Projeto Mais Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Formada por representantes do MS e do MEC • Coordena o Projeto e interage com os diversos órgãos envolvidos

Segundo informações do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS/MS) – responsável pela coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil –, em 2014, o total de 14.462 médicos entrou em atividade em 3.785 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Em 2015, está prevista a criação de mais 4.146 vagas em 1.294 municípios e 12 DSEI.

Gráfico 52: Projeto Mais Médicos para o Brasil – números e distribuição regional (2014)



Fonte: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS/MS)

Além do acompanhamento do Programa Mais Médicos, o Tribunal realizou auditoria operacional²⁶ para avaliar a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil, analisando em que medida as metas definidas foram alcançadas. Os trabalhos foram desenvolvidos nos estados da Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e São Paulo.

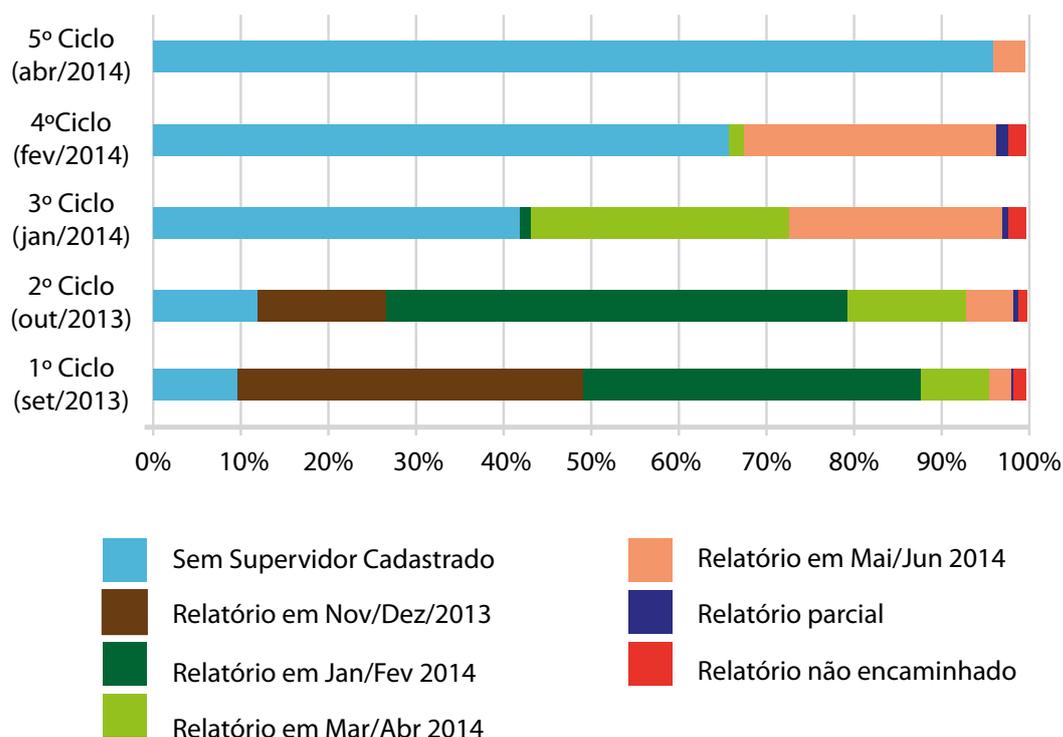
Ao todo, foram visitadas 130 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 41 municípios distribuídos pelos estados da amostra. Foram entrevistados 149 médicos participantes, 102 servidores responsáveis pelas UBS, 446 profissionais das equipes de saúde da família, 315 pacientes, 17 tutores e 40 supervisores.

A auditoria verificou que, até 12 de maio de 2014, São Paulo (SP) era o município que havia recebido a maior quantidade de médicos (250), o que representava 1,81% dos profissionais em atividade até aquela data. Depois dele, Rio de Janeiro (RJ) (141 médicos), Fortaleza (CE) (124), Porto Alegre (RS) (121) e Manaus (AM) (99) foram os municípios que mais receberam médicos.

O projeto fixou o limite máximo de dez médicos para cada supervisor, com visitas mensais e elaboração de relatórios periódicos. No entanto, a auditoria apurou, com dados do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que pelo menos 31,73% dos médicos integrantes não possuíam supervisores cadastrados no sistema. Apurou, também, a existência de supervisores responsáveis por mais de dez médicos. A qualidade da supervisão pode ficar comprometida, na medida em que o desrespeito ao limite máximo se soma ao fato de 97,2% dos supervisores entrevistados na auditoria terem afirmado exercer outra atividade profissional além da supervisão.

As datas de entrada dos médicos nos respectivos ciclos foram definidas pelo MS, de modo a melhor operacionalizar o programa. Os 1º e 2º ciclos contemplaram homologações de médicos pelas Portarias 2 (25/9/2013) e 5 (3/10/2013). Já os 3º, 4º e 5º ciclos contemplaram homologações referentes às Portarias 10 (27/12/2013), 2 (10/1/2014), 4 (17/1/2014), 7 (25/2/2014) e 12 (14/4/2014). Um resumo da produção geral da supervisão, em junho de 2014, está no gráfico abaixo:

Gráfico 53: Supervisão dos médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil



Fonte: Ministério da Saúde e UNA-SUS.

Tais dados demonstram que a potencial falta de supervisores não se restringia a médicos recentemente integrados no programa, pois existiam médicos do 1º ciclo (ou seja, que já integravam o programa em outubro de 2013) que, até 6 de junho de 2014, não possuíam supervisores cadastrados no sistema UNA-SUS. Além disso, observou-se, em alguns casos, grande intempestividade no envio do relatório de supervisão.

A auditoria verificou, ainda, insuficiência na quantidade de tutores. O projeto estabeleceu a proporção ideal de um tutor para dez supervisores e para cem médicos participantes, no entanto foi observado que seria necessário o acréscimo de 22 tutores para atingir a proporção adequada ao número de médicos cadastrados no UNA-SUS. O número insuficiente de tutores resulta no acúmulo de médicos por tutor, prejudicando a orientação acadêmica aos participantes.

Além disso, identificaram-se: falhas na avaliação dos médicos no módulo de acolhimento; evidências de médicos com carga horária semanal igual ou superior a cem horas, demonstrando indícios de

descumprimento de escala de trabalho; fragilidades nas ações de avaliação e monitoramento dos impactos do projeto; diminuição do número de consultas na AB em 25% dos municípios analisados que receberam profissionais do Projeto; descumprimento de obrigações de fornecimento de moradia e alimentação por parte de alguns municípios visitados.

A auditoria ressaltou que o Projeto Mais Médicos para o Brasil tem caráter imediato e paliativo. No entanto, não se pode esquecer as demais vertentes do Programa Mais Médicos, de caráter reformador, com ações de médio e longo prazo que pretendem mudar os parâmetros de formação médica no país, com maior foco na AB, e ampliar vagas do curso de medicina e de residência médica. Caso não haja ação estatal para dar prosseguimento a essas outras duas ações, tem-se o risco de, após os seis anos máximos de vigência do projeto, a população atualmente beneficiada voltar ao estado anterior de desassistência.

Diante das conclusões da auditoria, o TCU, por meio do Acórdão 331/2015-Plenário, estabeleceu prazo para que o MS corrigisse as fragilidades identificadas.

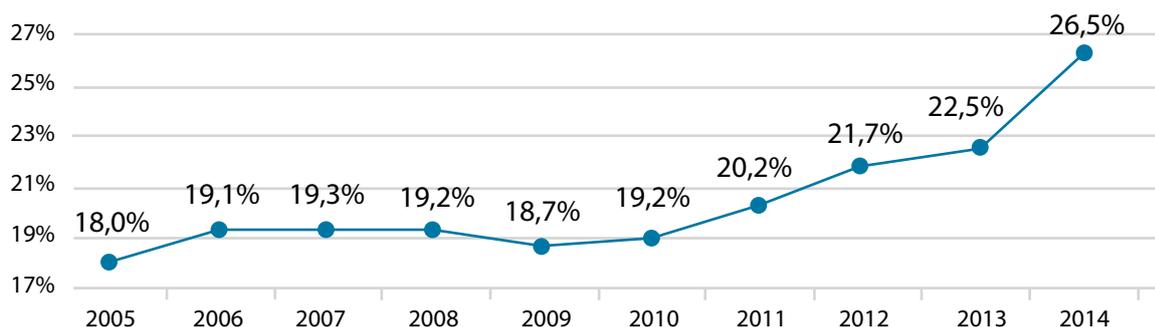
4.2 Auditoria Coordenada dos Tribunais de Contas brasileiros na Atenção Básica

Em março de 2014, os presidentes de trinta tribunais de contas brasileiros assinaram, em conjunto com a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon) e com o Instituto Rui Barbosa (IRB), acordo de cooperação técnica para realização de auditoria coordenada em ações governamentais na área de AB à saúde, com fundamento nos compromissos assumidos no XXVII Congresso dos Tribunais de Contas do Brasil, realizado no ano anterior.

Além do TCU, assinaram o acordo de cooperação os Tribunais de Contas dos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins, bem como o Tribunal de Contas do DF. Somam-se a esses os Tribunais de Contas dos Municípios do Ceará, do Goiás e do Pará, e os Tribunais de Contas do Município do Rio de Janeiro e do Município de São Paulo.

Diante da importância da AB no contexto da saúde pública – estudos²⁷ indicam que uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 95% deles é condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde –, a auditoria coordenada²⁸ foi realizada com o objetivo de avaliar as ações governamentais que refletem na qualidade dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura disponibilizada, independentemente dos programas implementados.

Gráfico 54: Subfunção Atenção Básica no orçamento federal da Função Saúde (2005-2014)



Fonte: Portal Orçamento – Senado Federal. Nota: Dotação Autorizada – posição em 13/11/2014

Considerou-se que a qualidade é decorrente, dentre outras variáveis, dos processos de gestão implantados. Assim, os trabalhos de auditoria se concentraram na avaliação do atendimento das competências de cada ente político e no gerenciamento dos recursos necessários aos processos inerentes à AB. A metodologia envolveu estatística descritiva, análise documental e de conteúdo das entrevistas e aplicação de questionários eletrônicos.

Figura 14: Números da auditoria coordenada na Atenção Básica



As conclusões do trabalho apontam, por exemplo, para fragilidades de planejamento e da atuação ministerial, ausência de diagnósticos de necessidades de capacitação de pessoal e de estrutura de Tecnologia da Informação, insuficiência de indicadores de avaliação e monitoramento. Foram propostas recomendações ao MS de medidas com vistas ao aperfeiçoamento das ações. A auditoria do TCU não foi, ainda, apreciada.

Cada Tribunal de Contas participante será responsável por elaborar e apreciar seu relatório sobre a situação local da AB. Ao final, o TCU vai consolidar os resultados de todas as decisões proferidas.

4.3 Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) são acordos celebrados entre o MS e laboratórios privados, para a transferência aos laboratórios públicos brasileiros de tecnologia de produção de medicamentos e outros produtos para a saúde, no prazo de até cinco anos. Nesse prazo, os laboratórios privados têm garantida à exclusividade de venda dos produtos objeto da parceria, ao fim do qual produção passa a ser do laboratório público.

As PDP visam ao acesso a tecnologias prioritárias para redução da vulnerabilidade do SUS a longo prazo e a racionalização e redução de preços de produtos estratégicos para saúde. O objetivo da PDP

é não apenas retomar a produção pública, mas a produção de alto custo, alto conteúdo tecnológico e de grande impacto na assistência à saúde. Estão inseridas atualmente no Plano Brasil Maior, que reúne um conjunto de medidas de apoio à competitividade do setor produtivo brasileiro e estabelece o Complexo Econômico e Industrial da Saúde como área estratégica da Política Industrial do Brasil.

Segundo informações do MS²⁹, até setembro de 2014 haviam sido assinados 104 contratos de PDP para 101 produtos, sendo 66 medicamentos, sete vacinas e 28 produtos para a saúde, envolvendo dezenove laboratórios públicos e 57 privados. Com a celebração desses contratos, o Ministério estimou economia anual de R\$ 4,1 bilhões em compras públicas.

Os gastos federais com produção, distribuição e suprimento de medicamentos e produtos farmacêuticos (Subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico) representaram cerca de R\$ 9 bilhões ou 10,5% do total com a Função Saúde em 2014, sendo previsto no PLOA 2015 o valor de R\$ 11,8 bilhões para essa subfunção.

Diante da materialidade dos recursos envolvidos e da relevância do tema, o TCU realizou auditoria³⁰ para avaliar a regularidade das PDP. Apenas a amostra de dezessete contratos selecionados pela auditoria representa custos totais de aquisições de cerca de R\$ 7,9 bilhões para o período total de vigência de cinco anos.

A auditoria do TCU apontou lacunas nas normas que regem a seleção dos parceiros e a formalização e acompanhamento dos contratos, o que poderia causar limitações na atuação dos gestores públicos, riscos de não concretização da transferência de tecnologia e insegurança jurídica para os parceiros privados. Em razão disso, foi proposta a realização de determinações e recomendações ao MS, com vistas ao aperfeiçoamento dos processos.

A auditoria não foi, ainda, apreciada pelo Tribunal.

4.4 Governança do Sistema Único de Saúde

De acordo com o modelo do TCU para avaliação de governança em políticas públicas³¹, foram identificados oito componentes que viabilizam uma boa governança:

Figura 15: Componentes do Modelo do TCU para avaliação de governança em políticas públicas



O Tribunal realizou levantamento de auditoria³² com foco na governança da pactuação intergovernamental no SUS. A CF define o SUS como um sistema hierarquizado, regionalizado e descentralizado, de competência comum dos três entes da federação (artigo 23, inciso II, e artigo 198, CF). Assim, a pactuação de responsabilidades é processo inerente ao funcionamento do Sistema, por meio de instrumentos de cooperação que permitam organizar e monitorar as ações de saúde realizadas pelo poder público.

Para realização da auditoria, além do estudo das normas legais aplicáveis e da análise de bancos de dados do CNES e de dados de produção de assistência à saúde consolidados no Tabnet/Datasus, foram realizadas entrevistas com diversos atores envolvidos nas pactuações intergovernamentais: secretários de saúde municipais e estaduais; representantes do Conass, do Conasems e dos Cosems nos estados do Ceará e do Paraná; representantes da Confederação Nacional dos Municípios (CNM); gestores e técnicos do MS envolvidos com temas relacionados à regionalização e articulação interfederativa.

Nesse trabalho, três componentes foram identificados como mais relevantes, assim definidos:

- a) Institucionalização: aspectos formais ou informais da existência da política, relacionados a capacidades organizacionais, normatização, padrões, procedimentos, competências e recursos que possibilitam o alcance dos objetivos e resultados da política pública.
- b) Coordenação e coerência: desafios que necessitam ser abordados de modo sincronizado; significa fazer que os diversos sistemas institucionais e gerenciais que formulam políticas trabalhem juntos para alcançar o resultado comum.
- c) Gestão de riscos e controle interno: capacidade de os gestores darem respostas efetivas e tempestivas aos riscos capazes de afetar o alcance dos objetivos programados; trata-se de componente que integra todas as fases das políticas públicas.

As conclusões preliminares da auditoria apontam para deficiências na definição das competências dos entes envolvidos na pactuação intergovernamental, fragmentação da forma de atuação do MS, em prejuízo ao processo de regionalização, e falta de consistência nos apoios do Ministério à regionalização.

A auditoria não foi, ainda, apreciada pelo Tribunal.

4.5 Regulação dos reajustes de preços de planos de saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Lei nº 9.961, de 28 de fevereiro de 2000, atribuiu à ANS a responsabilidade de controlar os aumentos de mensalidade dos planos de saúde, controle esse que varia de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e com o motivo do aumento. O reajuste das mensalidades tem relevância por afetar mais de 50 milhões de pessoas, detentoras de planos individuais e coletivos.

Isso tem grande impacto ao considerar que cerca de 80% dos planos de saúde no Brasil são coletivos. Em 2014, o índice de reajuste anual para planos individuais ou familiares foi de 9,65%, enquanto os contratos coletivos tiveram aumento médio de 18%, com casos extremos de reajustes de até 90%, segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)³³.

Enquanto os consumidores reclamam de aumentos abusivos, as operadoras reclamam da insuficiência dos índices de reajuste para cobrir o aumento dos custos. Os prestadores de serviço, por sua vez, reclamam do não repasse desses reajustes.

Diante da relevância da atuação da Agência na regulação desses reajustes, o Tribunal realizou auditoria³⁴ para avaliar essa atuação, com o objetivo de apontar oportunidades de melhoria. Os trabalhos envolveram visitas a entidades que contratam planos de saúde coletivos, entidades representativas de usuários, de operadoras de planos de saúde e de prestadoras de serviços de saúde, além de especialistas no tema.

As conclusões da auditoria apontam para fragilidades na atuação da ANS na regulação dos reajustes. A auditoria não foi, ainda, apreciada pelo Tribunal.

4.6 Terceirização de ações e serviços de saúde

Em 2014, o TCU realizou auditoria³⁵ com o objetivo de avaliar a regularidade da contratação de profissionais de saúde por prefeituras municipais, por meios distintos do concurso público: a chamada terceirização. Foram auditados onze municípios nos estados da Bahia, Maranhão, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O volume de recursos fiscalizados somou mais de R\$ 160 milhões.

Um dos maiores obstáculos para o SUS é a contratação de profissionais. De um lado, enfrenta-se grave carência em algumas profissões, como médicos, principalmente em locais mais afastados dos centros urbanos. De outro, a legislação disponível não apresenta soluções viáveis para a disponibilização de profissionais de saúde, uma vez que nem sempre o concurso público é o instrumento adequado para suprir a necessidade por determinados serviços de saúde, e não há no país legislação acerca da terceirização.

Diante disso, muitos gestores públicos – seja a nível federal, estadual ou municipal – têm adotado modelos de contratação muitas vezes sem suporte legal. A auditoria do Tribunal identificou contratações de profissionais de saúde por meio de Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), convênios, contratos administrativos com empresas privadas de serviços médicos com ou sem fins lucrativos, contratos administrativos com pessoa física e credenciamento de pessoa física e jurídica.

Observou-se que, na ausência de legislação que regule o tema e defina parâmetros a serem seguidos, muitos desses ajustes apresentam problemas graves no que se refere à concepção, execução e controle, a exemplo de:

- a) ausência de estudos que demonstrem as vantagens da terceirização;
- b) não comprovação de que a entidade possui capacidade técnica e operacional para executar os serviços;
- c) processos licitatórios ausentes ou com indícios de direcionamento;
- d) pagamento sem comprovação de que os serviços tenham sido executados ou de despesas operacionais não previstas e voltadas para o custeio da própria entidade;
- e) controle deficiente da carga horária dos médicos;
- f) médicos contratados via terceirização que fazem parte do quadro de pessoal do município ou de municípios vizinhos.

A auditoria concluiu pela necessidade de utilização de instrumentos mais flexíveis para a contratação de profissionais de saúde, que sejam adequados às diferentes necessidades dos serviços. No entanto, essa maior flexibilidade nos tipos de instrumentos deve ser acompanhada de regulamentação que defina parâmetros a serem seguidos pelos entes governamentais na formalização, execução e controle dos ajustes firmados, regulamentação essa que compete ao MS.

A fiscalização não foi, ainda, apreciada pelo Tribunal.

4.7 Sistema estadual de armazenagem e distribuição de medicamentos

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é um programa de alto apelo social, por atender, por meio do fornecimento de medicamentos de alto custo, pessoas com doenças graves (degenerativas, psiquiátricas, cardíacas, que acarretam a necessidade de hemodiálise ou transplantes, dores crônicas etc.). O Ceaf não visa simplesmente a entregar medicamentos, mas busca atender pacientes envolvidos em certas linhas de cuidado, ou seja, tratar doenças por meio da utilização de remédios ditos especializados.

A LOA 2014 previu a destinação de R\$ 4,9 bilhões para o Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em todo o país. Os recursos federais alocados para o programa Ceaf cresceram significativamente nos últimos dez anos: de pouco mais de R\$ 1 bilhão, em 2005, para quase R\$ 5 bilhões, em 2014. O MS responde por aproximadamente 90% do financiamento total do programa. Os 10% restantes custeiam a aquisição dos medicamentos pelos demais entes federados.

Trata-se de importante política pública de saúde com relação à qual o TCU realizou, em 2014, fiscalização³⁶ para avaliar as condições de armazenagem, distribuição e dispensação dos medicamentos do Ceaf, nos estados de Goiás, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pará, Tocantins e Roraima.

Os processos de armazenagem, transporte e dispensação dos medicamentos do Ceaf possuem naturezas administrativa e técnico-científica, além de estarem sujeitos a severa disciplina jurídica. A auditoria do TCU, entre outros achados, constatou a existência de infraestrutura incompatível com as exigências técnicas de armazenagem e transporte, comprometendo a eficácia terapêutica do medicamento e, conseqüentemente, o desperdício de recursos federais. Verificou-se, em muitos casos, que a infraestrutura logística estadual é baseada em planejamento ultrapassado, não compatível com a realidade atual, e por isso oferece riscos para a regular gestão de recursos públicos federais.

Por meio do Acórdão 3.295/2014-Plenário, o Tribunal expediu determinações e recomendações às secretarias estaduais de saúde envolvidas, a fim de aperfeiçoar a gestão dessa importante política pública.

4.8 Operação Sanguessuga – monitoramento das deliberações

Investigações a respeito de indícios de manipulação de licitações e desvio de recursos do FNS destinados à aquisição de ambulâncias em diversos municípios do estado do Acre, por empresas sediadas em Mato Grosso, culminaram, em 2006, na deflagração da chamada “Operação Sanguessuga”, pela Polícia Federal, e na instauração de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito no Congresso Nacional, conhecida como “CPMI das Ambulâncias”.

As investigações concluíram pela existência de fraude na aquisição de ambulâncias, que se estendeu por mais de seiscentas prefeituras em praticamente todos os estados, durante pelo menos oito

anos, onde foram verificados acordos para o direcionamento das licitações nos municípios, com a participação de parlamentares, prefeitos e representantes das empresas dos grupos fraudadores. O principal grupo fraudador identificado, conhecido como Grupo Planam, era liderado por empresas da família Vedoin, de Mato Grosso.

No âmbito do TCU, foi criado grupo de trabalho, juntamente à Controladoria-Geral da União (CGU) e ao Denasus, com o objetivo de definir a forma e o conteúdo mínimos dos processos e relatórios a ser enviados ao Tribunal, para identificação dos responsáveis, quantificação dos débitos e julgamento das contas.

Foram examinados pelo grupo de trabalho 1.452 convênios, oriundos de mais de seiscentos municípios, os quais geraram autuações de processos de tomadas de contas especiais referentes a todas as situações que atenderam aos critérios de materialidade, risco e relevância.

Apesar de o foco principal do grupo de trabalho ter sido a identificação de débito decorrente de superfaturamento praticado nas aquisições de unidades móveis de saúde com verbas públicas federais, outras inconsistências e irregularidades que geraram ou não débitos para a União foram registradas, inclusive negligência ou convivência com o esquema fraudulento por parte de responsáveis pela gestão dos convênios no MS.

Esse esforço, além de resultar na instauração de diversas tomadas de contas especiais, levou à verificação de irregularidades de natureza sistêmica na gestão dos convênios no âmbito do MS, mais precisamente do FNS, que teriam contribuído para a consumação das irregularidades apuradas no âmbito da “Operação Sanguessuga”. Os julgamentos dos inúmeros processos pelo Tribunal induziram mudanças de conduta e procedimentos no tratamento dado aos repasses de recursos federais no âmbito do Ministério.

Em valores atualizados de maio de 2014, o TCU imputou mais de R\$ 45,9 milhões em débitos e aplicou mais de R\$ 6,8 milhões em multas. Diversas empresas envolvidas no esquema fraudulento, além de condenadas a ressarcir o dano ao erário e apenadas com multas, foram sancionadas com a declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública.

Desde 2007, o Ministério não mais repassa recursos por meio de convênios para a aquisição de ambulâncias e equipamentos médico-hospitalares. A partir de então, a transferência de recursos ocorre diretamente do FNS para aos respectivos fundos de saúde estaduais ou municipais, dispensada a celebração de convênio ou outro instrumento congênere³⁷.

Estudo consolidando os principais achados e conclusões decorrentes das irregularidades constatadas nos processos da “Operação Sanguessuga” foi apreciado pelo Tribunal por meio do Acórdão 2.754/2014-Plenário³⁸.

NOTAS

¹ TC 046.061/2012-6.

² O bloco Diversos possui caráter residual. Entre 2006 e 2010, contemplou recursos da farmácia popular, incorporados posteriormente à Assistência Farmacêutica. A partir de 2011, foram nele contabilizados gastos com o programa De Volta para Casa (repassados à Caixa Econômica Federal), com Contratos de Cogestão (repassados à Associação das Pioneiras Sociais) e com Organismos Internacionais (repassados ao respectivo organismo). Contudo, esses últimos foram excluídos, pois não correspondem a transferências a Unidades Federativas, mas a ações de caráter nacional.

³ Advocacia-Geral da União. Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa—o—2012—modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2015.

⁴ Portaria SAS/MS 174/2004.

⁵ TC 002.088/2009-2, Acórdãos 2.788/2009-TCU-Plenário e 1.089/2010-TCU-Plenário, e TC 032.238/2011-8, Acórdão 1.613/2012-1ª Câmara. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

⁶ PORTAL de Saúde do Cidadão. s.d. Disponível em: <<https://portaldocidadao.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

⁷ TC 014.485/2009-5, apensado ao TC 009.017/2009-2, Acórdão 1.188/2010-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

⁸ TC 011.842/2012-1, Acórdão 3.130/2013-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

⁹ HISTÓRICO de Cobertura da Saúde da Família. Portal do Departamento de Atenção Básica. 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 3 mar. 2015.

¹⁰ TC 033.197/2014-8. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

¹¹ TC 023.181/2008-0, Acórdão 502/2009-TCU-Plenário, e TC 009.174/2012-5, Acórdãos 2.879/2012-TCU-Plenário, 1.546/2014-TCU-Plenário e 40/2015-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

¹² TC 011.290/2010-2, Acórdão 1.459/2011-TCU-Plenário; Monitoramento: Acórdão 130/2013 TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

¹³ TC 033.201/2014-5. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

¹⁴ SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M.; MENEZES, T.; PIOLA, S. F. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas (volume 2). Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5543>. Acesso em: 19 mar. 2015.

¹⁵ TC 034.197/2011-7, Acórdão 3.016/2012-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

¹⁶ TC 033.232/2014-8. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

¹⁷ TC 008.749/2011-6, Acórdão 1.444/2014-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.

- ¹⁸ TC 009.033/2009-6, Acórdão 3.031/2009-TCU-Plenário; TC 002.573/2011-3, Acórdão 579/2013-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecobInfraurbana.
- ¹⁹ TC 031.944/2010-8, Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ²⁰ TC 016.913/2013-2, Acórdão 2.577/2014-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ²¹ Auditoria: TC 011.587/2009-1, Acórdão 247/2010-TCU-Plenário; Monitoramento: TC 011.807/2012-1, Acórdão 1.953/2012-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ²² Portaria-GM/MS 2.898/2013.
- ²³ Portaria-GM/MS 189/2014.
- ²⁴ TC 027.492/2013-3, Acórdão 3.614/2013-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ²⁵ TC 003.771/2014-8, peça 1, pg. 11-16.
- ²⁶ TC 005.391/2014-8, Acórdão 331/2015-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ²⁷ STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Unesco, MS, 2004; Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2012); BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011; SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014.
- ²⁸ TC 008.963/2014-2. Unidade técnica responsável: SecexSaúde
- ²⁹ MINISTRO da Saúde apresenta Parcerias de Desenvolvimento Produtivo para empresários. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/09/ministro-da-saude-apresenta-parcerias-de-desenvolvimento-produtivo-para-empresarios>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- ³⁰ TC 011.547/2014-6. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ³¹ Portaria-TCU 230/2014.
- ³² TC 027.767/2014-0. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ³³ CRESCE número de reclamações contra planos de saúde coletivos na Justiça. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/em-acao/noticia-do-consumidor/cresce-numero-de-reclamacoes-contraplanos-de-saude-coletivos-na-justica>>. Acesso em 20 fev. 2015.
- ³⁴ TC 021.852/2014-6. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ³⁵ TC 017.783/2014-3. Unidade técnica responsável: Secex-PR.
- ³⁶ TC 010.906/2014-2, Acórdão 3.295/2014-Plenário. Unidade técnica responsável: Secex-GO.
- ³⁷ Portaria-GM/MS 2.198/2009.
- ³⁸ TC 012.075/2014-0, Acórdão 2.754/2014-Plenário. Unidade técnica responsável: Selog.

CONCLUSÃO

Os gastos totais com a Função Saúde representaram o terceiro maior conjunto de despesas no orçamento da União em 2014, atrás apenas dos Encargos Especiais e da Previdência Social. O modelo de descentralização para execução do orçamento da Saúde privilegia a descentralização: 67% do total foi executado pelos estados (19%) e municípios (48%). Assim, do total do orçamento federal da saúde, nesse ano, apenas 30% foi gasto, de forma direta, pela própria União.

Verifica-se que a União deu cumprimento à aplicação do Mínimo em Saúde no exercício de 2014. Resta, no entanto, acompanhar a questão dos cancelamentos de restos a pagar, para evitar que os empenhos de determinado exercício sejam cancelados nos exercícios seguintes, postergando indefinidamente o cumprimento da regra do mínimo.

Este relatório apresentou novos indicadores para incorporação ao modelo de avaliação do sistema de saúde no Brasil proposto pelo TCU no FiscSaúde 2013, relativos à estrutura do sistema de saúde, com informações sobre financiamento do SUS; ao desempenho do sistema, com informações sobre atendimentos fora do domicílio do usuário e despesas com decisões judiciais; e à situação da saúde da população, com informações acerca de doenças negligenciadas.

Os dados revelam que as transferências federais a estados, DF e municípios para ações e serviços de saúde aumentaram nos últimos anos. Essas transferências, contudo, ficaram mais vinculadas a procedimentos de MAC e mais dependentes da adesão dos entes federados a programas prioritários do MS.

Foi possível verificar tendência de aumento do número de usuários que vão a outros estados em busca de atendimentos médicos, tanto para internações hospitalares como para produções ambulatoriais de alta complexidade. O DF e os estados de Goiás e São Paulo são os mais procurados para internações hospitalares e, para atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, apenas os estados do Piauí, Ceará e São Paulo apresentam saldo de invasão estadual, com destaque para esse último.

No que se refere às demandas judiciais para aquisição de medicamentos, observa-se aumento do número ao longo dos anos: passou de cerca de 6 mil ações, em 2010, para aproximadamente 12 mil, em 2014, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. Os dados podem sugerir que essa judicialização não depende tanto de aspectos socioeconômicos, mas do acesso da população ao sistema judicial, e apresentam impacto financeiro expressivo aos cofres públicos.

Constatou-se que apenas os quarenta medicamentos de maior custo foram responsáveis por despesas da ordem de R\$ 431 milhões em 2013, ou seja, as decisões judiciais para aquisição desses medicamentos representaram 54% dos recursos totais transferidos aos estados, naquele ano, para aquisição de Medicamentos do Componente Especializado.

No que tange às doenças negligenciadas, observou-se redução na incidência de hanseníase, tuberculose, malária e esquistossomose, embora o país ainda ocupe lugar entre aqueles com maiores cargas dessas doenças. De outro lado, houve aumento considerável do número de pessoas acometidas por leishmaniose e dengue, essa última com aumento de 223% entre 2001 e 2013. Quanto à doença de Chagas, predominam os casos crônicos e, apesar da redução nos últimos anos, o número de mortes causado pela doença é, ainda, alto: houve 4.668 óbitos em 2011.

Este relatório traz também a atualização das informações relativas aos grandes temas objeto de acompanhamento contínuo pelo Tribunal, por sua relevância social, a materialidade dos recursos envolvidos e a persistência de falhas que precisam ser sanadas: Cartão Nacional de Saúde, AB, ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, regulação dos preços de medicamentos e licitações para aquisição, e implementação da Hemobrás.

Por fim, são apresentadas as conclusões das principais fiscalizações realizadas na área da Saúde pelo TCU em 2014: Mais Médicos, Auditoria Coordenada dos Tribunais de Contas brasileiros na área da AB, PDP, governança no SUS, regulação dos reajustes de preços de planos de saúde, terceirização de ações e serviços de saúde, sistema estadual de armazenagem e distribuição de medicamentos e Operação Sanguessuga.

O FiscSaúde 2014 pretende fornecer ao Congresso Nacional e à sociedade informações estruturadas sobre a situação da saúde no Brasil, nas áreas objeto de fiscalização pelo TCU, além de constituir insumo para o planejamento das ações de controle externo, de modo que as edições subsequentes do relatório possam observar a evolução e o impacto das políticas públicas de saúde avaliadas. O relatório pode também ser importante fonte de dados e análises para subsidiar os gestores públicos de saúde no aperfeiçoamento das ações públicas.

I - Introdução

Cuida-se do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde, relativo ao exercício de 2014, também denominado FiscSaúde 2014, cuja elaboração resultou de um levantamento de escopo amplo e alinhado com o objetivo estratégico do Tribunal de atuar de forma seletiva e sistêmica em áreas que apresentam maiores riscos e relevância.

2. A elaboração deste relatório visou obter elementos para aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas. Apesar de não se tratar de um diagnóstico completo da situação da saúde do país, avalio que informações muito relevantes foram obtidas, e que novos trabalhos podem e devem ser realizados com o fito de aprofundar e complementar as análises ora empreendidas.
3. Em síntese, trata-se de um trabalho cujos resultados permitiram levantar os problemas mais sérios enfrentados pelo setor da saúde e definir temas cujo estudo deve ser aprofundado em futuras auditorias.
4. Considerando que o relatório que antecede e fundamenta este voto contém uma análise detalhada das questões apontadas nesse levantamento, a qual seria inconveniente repetir neste momento, tratarei a seguir, de forma sintética, apenas dos pontos considerados mais relevantes.

II – Estrutura do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde

5. O presente relatório está estruturado em quatro capítulos, além da introdução e da conclusão. Os mencionados capítulos são os seguintes:

a) aspectos orçamentários e financeiros: são apresentados dados consolidados da execução do orçamento da Saúde até 2014, referentes a aplicações diretas e transferências, gastos por modalidade de aplicação e por subfunções típicas, além de informações sobre a aplicação do mínimo em Saúde;

b) monitoramento e avaliação: são apresentados novos indicadores, que foram acrescentados ao modelo de avaliação do sistema de saúde no Brasil, proposto pelo TCU no FiscSaúde 2013;

c) problemas acompanhados pelo TCU: são apresentados os seguintes temas, que têm sido objeto de acompanhamento contínuo pelo Tribunal, devido à sua relevância social e à materialidade dos recursos envolvidos;

d) trabalhos em destaque na área da Saúde: são apresentadas as conclusões das principais fiscalizações realizadas na área da Saúde pelo TCU em 2014.

III – Dados orçamentários e financeiros da Saúde

III.1. A participação da Função Saúde no orçamento da União

6. O financiamento das ações e dos serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, de maneira regular e automática. De modo geral, compete aos municípios gerir e executar as ações e prestar os serviços em tela, em especial, aqueles relacionados com a Atenção Básica.

7. A Função Saúde constitui o terceiro maior conjunto de despesas dentro do orçamento da União. Na tabela abaixo, são apresentados os valores liquidados pela União, agrupados nas funções que representaram os maiores gastos em 2014.

Tabela 1: Execução orçamentária da União – valores liquidados por função (2014)

Função (Código/Descrição)	Valor (R\$)	% do Total
28 – Encargos especiais	1.247.007.871.340	56%
09 – Previdência social	494.021.483.210	22%
10 – Saúde	86.657.737.261	4%
12 – Educação	81.414.428.304	4%
11 – Trabalho	69.646.718.277	3%
08 – Assistência social	68.338.786.752	3%
05 – Defesa nacional	34.896.031.266	2%
02 – Judiciária	26.737.193.270	1%

Fonte: Siafi

III.2. Quem executa os gastos com saúde utilizando recursos federais

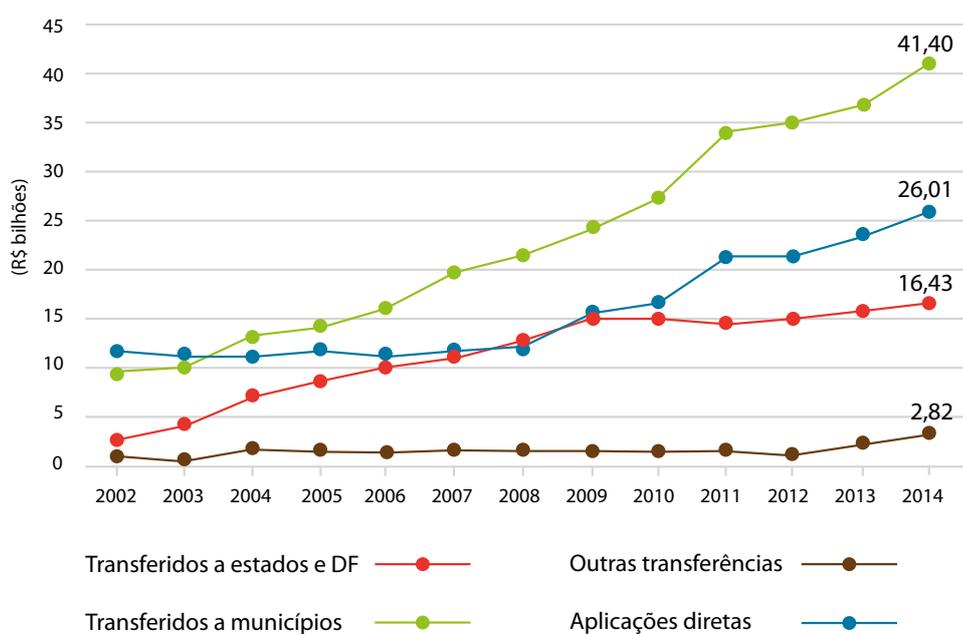
8. A seguir, são apresentados dados relativos à execução orçamentária da União na Função Saúde, quanto aos montantes aplicados de forma direta por esse ente e às transferências realizadas para os estados, o DF e os municípios, no período de 2002 a 2014.

Tabela 2: Função Saúde: execução orçamentária da União

Ano	Transferidos para os estados e o DF	Transferidos para os municípios	Outras transferências (exterior, instituições privadas sem fins lucrativos)	Aplicações diretas	TOTAL (R\$)
2002	2.987.704.713,00	9.338.188.635,00	454.293.405,00	11.678.767.558,00	24.458.954.311,00
2003	4.436.069.070,00	10.168.118.661,00	417.996.529,00	11.345.690.336,00	26.367.874.596,00
2004	7.170.842.610,00	12.839.786.647,00	864.843.849,00	11.391.895.587,00	32.267.368.693,00
2005	8.764.014.913,00	13.974.760.708,00	804.467.985,00	11.972.414.909,00	35.515.658.515,00
2006	10.463.340.158,00	15.979.842.260,00	910.784.696,00	11.480.364.274,00	38.834.331.388,00
2007	11.122.265.335,00	19.593.080.721,00	843.918.474,00	11.704.650.270,00	43.263.914.800,00
2008	12.778.792.875,00	21.632.522.192,00	788.938.539,00	12.305.350.823,00	47.505.604.429,00
2009	14.785.281.892,00	24.176.261.552,00	807.718.073,00	15.195.248.951,00	54.964.510.468,00
2010	15.276.564.858,00	27.124.604.188,00	718.020.587,68	16.348.537.327,00	59.467.726.960,68
2011	14.794.948.693,00	33.879.081.074,00	912.017.347,00	21.279.168.003,00	70.865.215.117,00
2012	15.257.066.126,17	34.865.465.438,00	671.968.071,00	21.107.628.289,00	71.902.127.924,17
2013	15.494.985.938,91	36.745.096.908,31	1.529.462.027,82	23.512.730.841,72	77.282.275.716,76
2014	16.433.580.114,37	41.398.702.989,12	2.818.809.533,78	26.006.644.625,61	86.657.737.260,88

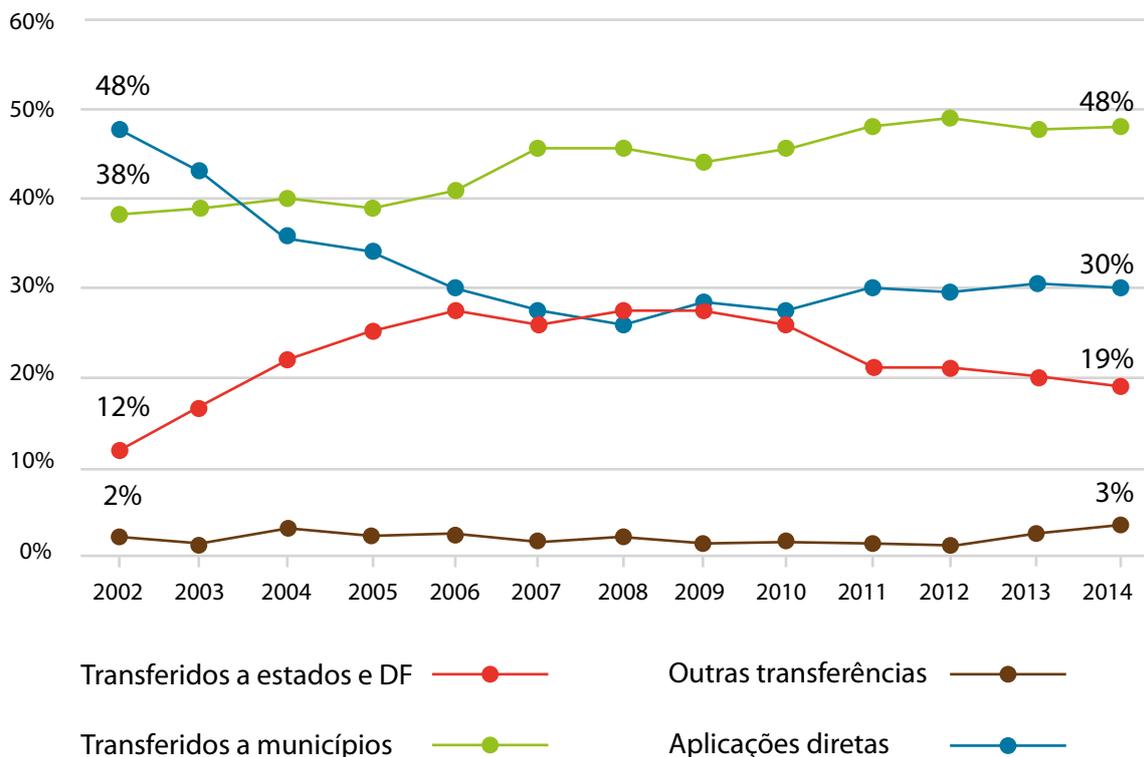
Fonte: Siga Brasil, LOA – Despesa Execução – por Função (atualização em 23/1/2015)

Gráfico 1: Função Saúde – execução orçamentária da União – aplicação direta e transferências – valores liquidados (2002-2014)



Fonte: Siga Brasil, LOA – Despesa Execução – por Função (atualização em 23/1/2015)

Gráfico 2: Função Saúde – percentual de execução orçamentária por modalidade de aplicação (liquidado) – (2002-2014)



Fonte: Siga Brasil, LOA – Despesa Execução – por Função (atualização em 23/1/2015)

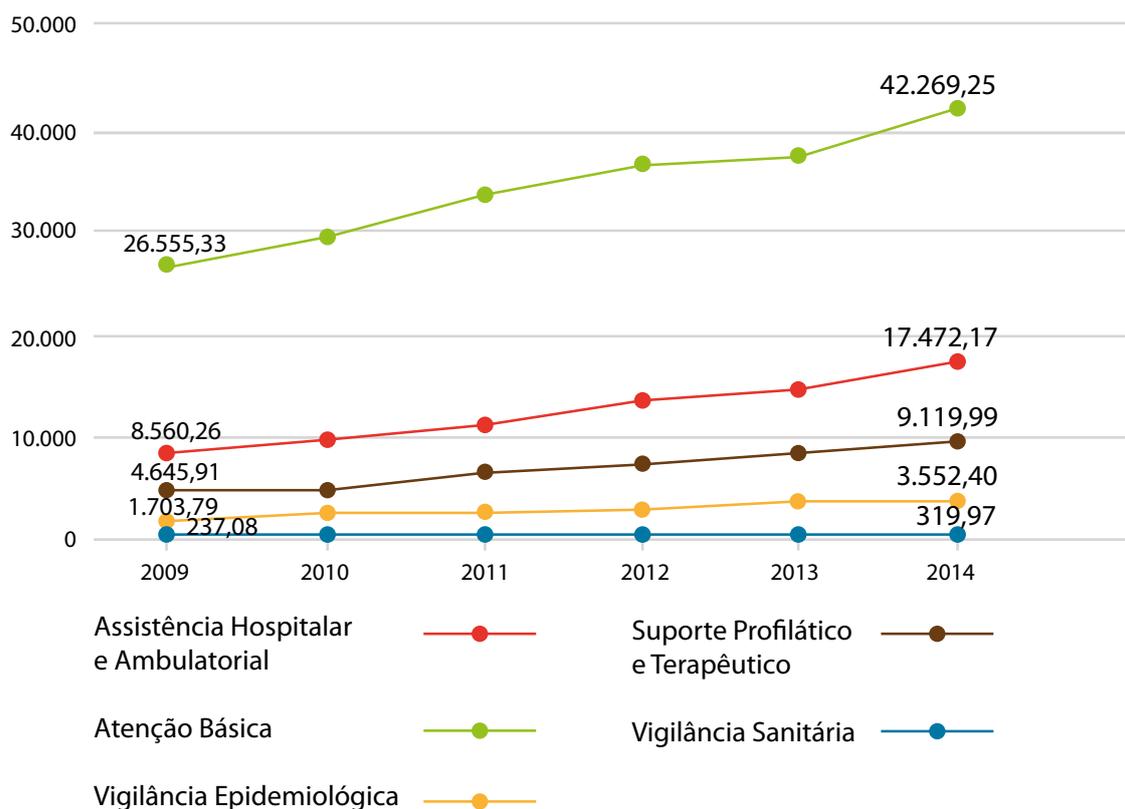
9. Com fulcro nessas informações, verifica-se que a União utiliza o modelo de descentralização na execução do seu orçamento, no que concerne à Função Saúde. Afinal, em 2014, o valor correspondente a essa função foi executado pelos estados e pelo Distrito Federal (19%), e pelos municípios (48%). Assim, naquele exercício, apenas 33% dos créditos orçamentários foram aplicados de forma direta pela União.

III.3. Como são gastos os recursos federais destinados à Saúde

10. A classificação do gasto público por função e subfunção permite identificar a área em que ocorrerá a ação governamental. A função corresponde ao maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público, enquanto a subfunção à natureza dessa atuação. Nesse sentido, existem, por exemplo, as funções Saúde e Educação, assim como as subfunções Atenção Básica (típica da Função Saúde) e Ensino Fundamental (típica da Subfunção Educação).

11. O gráfico a seguir reflete a evolução da disponibilização de recursos para a Função Saúde e a execução orçamentária nas principais subfunções típicas, a saber: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

Gráfico 3: Valores liquidados nas subfunções típicas da Função Saúde (2009-2014)



Fonte: Siafi – Orçamento Fiscal e da Seguridade Social (OFSS)

12. Observa-se que as subfunções Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Atenção Básica e Suporte Profilático e Terapêutico representam os maiores gastos dentro da Função Saúde.

13. A subfunção 301 abrange ações desenvolvidas, no âmbito individual e coletivo, que incluem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Dentre essas ações, destacam-se aquelas relativas ao Piso de Atenção Básica (PAB), à construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), à Saúde Bucal e à expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tabela 3: Valores liquidados das principais ações na subfunção 301 (2013 e 2014)

Principais Ações	2013	2014
20AD – Piso de Atenção Básica variável – Saúde da Família e 8577 – Piso de Atenção Básica fixo	13.267	16.013
12L5 – Construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS	480	835
2004 – Assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes	379	384
8730 – Ampliação da resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada	162	165
8581 – Estruturação da rede de serviços de Atenção Básica de Saúde	102	11
Demais ações da subfunção 301 – Atenção Básica	96	63
TOTAL	14.485	17.472

Fonte: Siga Brasil

14. Os dispêndios relativos à subfunção Atenção Básica cresceram 104% entre 2009 e 2014. Em virtude disso, sua participação nos gastos totais da Função Saúde atingiu 20% em 2014. A previsão constante do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2015 para essa subfunção manteve a trajetória crescente e alcançou o valor de R\$ 20,1 bilhões. Destaco que, em 2014, dos R\$ 17,4 bilhões executados em Atenção Básica, cerca de 62% foram aplicados na Estratégia Saúde da Família.

15. A subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial abrange as ações relativas a procedimentos que demandem a disponibilização de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, a exemplo de cirurgias ambulatoriais, exames de laboratório, fisioterapia, próteses, órteses e anestesia.

16. Os gastos relativos a essa subfunção aumentaram 59% entre 2009 e 2014. Por outro lado, nesse período, sua participação nos gastos totais da Função Saúde caiu de 53% para 48%.

17. Na tabela abaixo, são apresentadas as principais ações da subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, com destaque para a ação 8585 – Atenção à Saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade, cujas despesas corresponderam à mais de 91% do total em 2014.

Tabela 4: Valores liquidados das principais ações na subfunção 302 (2013 e 2014)

Principais ações da subfunção 302 – Assistência Hospitalar	2013	2014
8585 – Atenção à Saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	34.217	38.849
8761 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192	815	912
6148 – Assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da Saúde – Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais	805	750
6217 – Atenção à Saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde	473	470
Demais ações da subfunção 302 – Assistência Hospital e Ambulatorial	1.247	1.287
TOTAL	37.556	42.269

Fonte: Siga Brasil

18. A subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, que abrange as ações voltadas para a produção, a distribuição e o suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral, representou 10,5% dos gastos totais da Função Saúde em 2014. Tais dispêndios cresceram 96% entre 2009 e 2014, sendo que, em 2015, foram previstas despesas no montante de R\$ 11,8 bilhões, o que significa a manutenção da trajetória crescente dos gastos.

III.4 Quanto a União deve gastar com a Saúde?

19. A Emenda Constitucional nº 29/2000 obriga, a todos os entes federativos, aplicar um percentual mínimo anual de recursos financeiros públicos no custeio da assistência à saúde. A Lei Complementar nº 141/2012 define que a União deve aplicar, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

20. Os arts. 3º e 4º da Lei Complementar nº 141/2012 definiram as despesas que podem ser entendidas como ações e serviços de saúde. No entanto, ainda existe controvérsia sobre o que pode ser considerado no cálculo do valor mínimo a ser aplicado nessa área, de forma que esse tema foi objeto de consulta encaminhada ao TCU pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (TC nº 046.061/2012-6), que ainda se encontra em exame nesta Corte de Contas.

21. Antes de avaliar o cumprimento da regra de aplicação de um valor mínimo em saúde ao longo dos últimos exercícios, cabe tecer algumas considerações a respeito da forma de cálculo desse valor, quando da fixação das despesas no projeto de lei orçamentária para o exercício seguinte – ainda não é sabido quanto será empenhado no ano corrente, pois o projeto de lei deve ser enviado ao Congresso Nacional até o dia 31 de agosto. Além disso, não é possível conhecer a variação nominal do PIB no ano, uma vez que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, historicamente, divulga em fevereiro do ano seguinte o resultado do PIB relativo a um determinado ano.

22. Assim sendo, o elaborador do orçamento, ao prever as despesas que serão realizadas no setor de saúde, não sabe com precisão qual deve ser o valor mínimo a ser estabelecido, pois não conhece o valor que será empenhado no ano nem a variação do PIB. Por via de consequência, ele utiliza expectativas e projeções.

23. Nesse cenário, há necessidade de promover ajustes nas dotações ao longo do ano, inclusive com a utilização de créditos adicionais. Também ocorre um aumento do risco de a União não atingir o valor mínimo legal, uma vez que podem ocorrer eventos que alterem as projeções iniciais de variação do PIB ou do valor empenhado no ano anterior.

Tabela 5: Apuração do mínimo constitucional em ações e serviços públicos de saúde

Ano	% PIB	Valor mínimo (LC 141/2002)	Valor aplicado (empenhado – incluindo o total inscrito em restos a pagar)	Excedente	Total inscrito em restos a pagar
2012	6,01%	---	78.211	---	8.301
2013	10,31%	82.912	83.053	141	6.938
2014		91.616*	91.898	282	6.815

Fonte: Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) de 2013 e 2014 – último bimestre; IBGE; Siafi

* No RREO 2014 consta como mínimo em saúde para o mesmo exercício o valor de R\$ 91.614 milhões. No entanto, o valor empenhado em 2013 (R\$ 83.053 milhões) acrescido da variação nominal do PIB (10,31%) resulta em um mínimo de R\$ 91.616 milhões para 2014, cerca de R\$ 2 milhões a mais. Neste relatório, foi considerado o valor corrigido para fins de cálculo do excedente.

24. Em 2013, primeiro exercício completo após a publicação da Lei Complementar nº 141/2012, verificou-se que a União superou o valor mínimo a ser aplicado em saúde. No entanto, desse valor, R\$ 6,9 bilhões foram inscritos em restos a pagar.

25. É preciso destacar que, em decorrência da entrada em vigor da referida norma, o Ministério da Saúde ajustou o cálculo das “Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde” executadas no exercício de 2012, segundo consta do Relatório Resumido de Execução Orçamentária

(RREO) do 6º bimestre de 2013 (janeiro a dezembro). Para fins de registro de tais despesas do exercício de 2012, foi publicado o total de R\$ 78,21 bilhões referentes ao valor aplicado no RREO de 2013, diferente do montante de R\$ 80,07 bilhões publicado no RREO de 2012, o que implica dizer que houve uma redução de R\$ 1,86 bilhão. Por conseguinte, foi alterada a base de cálculo do mínimo relativo a 2013.

26. Tal alteração resultou da retirada de ações que haviam sido computadas como sendo de saúde pública, a exemplo das relacionadas ao saneamento básico, a resíduos sólidos e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Cumpre salientar que, após a edição da Lei Complementar nº 141/2012, as referidas ações passaram a não mais integrar o piso.

27. A Lei Complementar nº 141/2012 estabeleceu, ainda, que as parcelas correspondentes a cancelamentos ou prescrições de restos a pagar que forem consideradas para fins de cumprimento mínimo em saúde deverão necessariamente ser aplicadas na saúde até o término do exercício seguinte.

Tabela 6: Valores inscritos em restos a pagar e aplicação do mínimo em Saúde (2013)

Inscrição em restos a pagar referentes a ações e serviços públicos de saúde	
1. Excesso sobre o valor mínimo em 2013	141
2. Valores inscritos em restos a pagar em 31/12/2013	6.938
3. (-) Restos a pagar relativos a 2013 cancelados em 2014	243
4. (=) Saldo final do valor mínimo em saúde de 2013	-102

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) de 2013 (último bimestre) e Siafi Gerencial

28. Verifica-se que a União executou, em 2013, R\$ 141 milhões a mais que o mínimo legal. Contudo, em 2014, houve o cancelamento de restos a pagar inscritos no exercício anterior, no total de R\$ 243 milhões. Assim, em 2015, deverão ser aplicados em ações e serviços de saúde, além do valor mínimo, mais R\$ 102 milhões (243 – 141 milhões de reais), em atendimento ao disposto na Lei Complementar nº 141/2012. De maneira análoga, caso a União cancele em 2015 empenhos relativos a 2014, que foram computados como aplicações em saúde, ela deverá compensar esse valor no orçamento de 2016.

29. Tal situação deve ser acompanhada pelo TCU, para evitar que os empenhos relacionados à compensação sejam novamente inscritos em restos a pagar, o que acarretaria a postergação do cumprimento da regra do mínimo.

30. Cabe registrar que, no dia 17/3/2015, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86, que modificou o art. 198, § 2º, I, da Constituição Federal. Com essa alteração, a União deverá aplicar no mínimo 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro em ações e serviços públicos de saúde. Entretanto, esse percentual de aplicação deverá ser atingido de forma progressiva e anual. Em 2016, a aplicação mínima será de 13,2% da RCL e aumentará anualmente até atingir 15% em 2020.

31. Note-se que, em 2014, a União gastou em ações e serviços públicos de saúde 14,32% da RCL, o que implica dizer que a aplicação mínima prevista para 2016 corresponde a um percentual menor do que aquele observado no ano passado. Dessa forma, conclui-se que, nos primeiros anos de vigência da Emenda Constitucional nº 86, as ações e os serviços de saúde correm o risco de disporem de menos recursos do que havia sido anteriormente previsto.

32. Há que se ressaltar, ainda, que a Emenda Constitucional nº 86 dispôs que as emendas parlamentares deverão ser executadas obrigatoriamente pelo Poder Executivo e que metade do valor dessas emendas deverá ser destinada a ações e serviços públicos de saúde. No entanto, esse valor será incluído no cálculo do mínimo a ser aplicado na saúde pela União.

IV – Monitoramento e avaliação

33. Avaliar um sistema de saúde é uma tarefa complexa, tendo em vista os diversos aspectos que podem ser considerados. Diferentes modelos de avaliação foram propostos por instituições como a OMS, o Banco Mundial, o Ministério da Saúde e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O Health Care Quality Indicators Project, da OCDE, foi escolhido como arcabouço para o modelo de avaliação desenvolvido pelo TCU, tendo em vista a possibilidade de comparação internacional do sistema brasileiro com o de outros países.

34. Segundo a OCDE, “o objetivo de longo prazo do projeto é o desenvolvimento de indicadores que reflitam um quadro robusto da qualidade da atenção à saúde que possa ser relatado de forma confiável entre os países com dados comparáveis” (KELLEY e HURST, 2006).

35. Os indicadores foram calculados a partir de bases de dados do Ministério da Saúde, da OCDE, da OMS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de outras instituições ligadas à saúde. A partir da análise dos indicadores selecionados, pode-se afirmar que o sistema de saúde brasileiro tem melhorado de forma significativa nos últimos anos, com aumento da expectativa de vida, redução de indicadores de mortalidade, maior acesso às ações e aos serviços de saúde e crescimento dos gastos públicos. Porém, o país ainda se encontra distante dos padrões observados nos países desenvolvidos membros da OCDE.

36. Constatou-se que o maior problema do sistema de saúde no Brasil era a desigualdade entre as diferentes regiões do país. Enquanto alguns estados apresentavam indicadores semelhantes aos dos países desenvolvidos, outros estavam muito mais próximos dos países africanos.

37. A avaliação do sistema de saúde brasileiro não se restringe ao Sistema Único de Saúde, mas a saúde de forma geral, envolvendo tanto o sistema público quanto o privado. Essa escolha mais ampla se justifica também em virtude do objetivo de comparar o sistema brasileiro com o de outros países, que se apresenta numa grande variedade de modelos. Assim, no cálculo

dos indicadores, serão utilizados como parâmetros a população total e os serviços prestados pelas redes pública e suplementar (planos de saúde privados).

38. O modelo então desenvolvido pelo Tribunal é composto por 4 blocos, a saber:

a) situação de saúde: formado por indicadores que procuram refletir o estado de saúde da população. São avaliados a mortalidade, a morbidade, as funções humanas e o bem-estar;

b) determinantes da saúde: refere-se a fatores que influenciam a saúde da população. Considerando que a Lei Complementar nº 141/2012 excluiu do conceito de gasto em saúde as despesas relacionadas com determinantes sociais e econômicos. Foram avaliados apenas os determinantes comportamentais;

c) desempenho do sistema de saúde: avalia em que medida esse sistema realiza de forma adequada suas funções. Para tanto, são avaliados aspectos relacionados com a eficiência e o acesso às ações e aos serviços de saúde e aos medicamentos; e

d) estrutura do sistema de saúde: avalia os recursos financeiros, humanos ou tecnológicos que estão disponíveis para esse sistema.

39. Aduzo que a equidade está colocada transversalmente em todos os blocos do modelo, pois essa dimensão pode ser avaliada ao longo de todo o processo de desenvolvimento dos serviços de saúde. O sistema de saúde deve ser desenhado tendo em vista a justiça na contribuição financeira e na prestação dos serviços.

40. Para o exercício de 2014, a mesma metodologia foi observada, mas novos indicadores foram selecionados a partir de sua relevância para o sistema de saúde brasileiro e da confiabilidade dos dados. Foram acrescentados indicadores para os blocos:

a) estrutura do sistema de saúde, com informações sobre financiamento do SUS;

b) desempenho do sistema, com informações sobre atendimentos fora do domicílio do usuário e despesas com decisões judiciais; e

c) situação da saúde da população, com informações acerca de doenças negligenciadas.

41. Cabe frisar que tais indicadores são aproximações da realidade apresentada, que não revelam as causas dos fenômenos identificados, tampouco fornecem soluções. Ademais, é necessário avaliá-los em seu conjunto.

42. A seguir, serão apresentados os resultados da avaliação e do monitoramento em tela.

IV.1 – Distribuição de recursos federais para estados, DF e municípios

43. A análise no FisceSaúde 2014 da distribuição de recursos federais para as demais unidades da Federação foi expressamente determinada no item 9.2 do Acórdão nº 693/2014 – Plenário.

44. A maior parte dos recursos do SUS é oriunda de transferências de outras esferas federativas, que podem ocorrer de duas formas:

a) transferências fundo a fundo: repasses de valores de forma regular e automática, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para estados, municípios e DF, com fulcro em pactuações, independentemente de convênios;

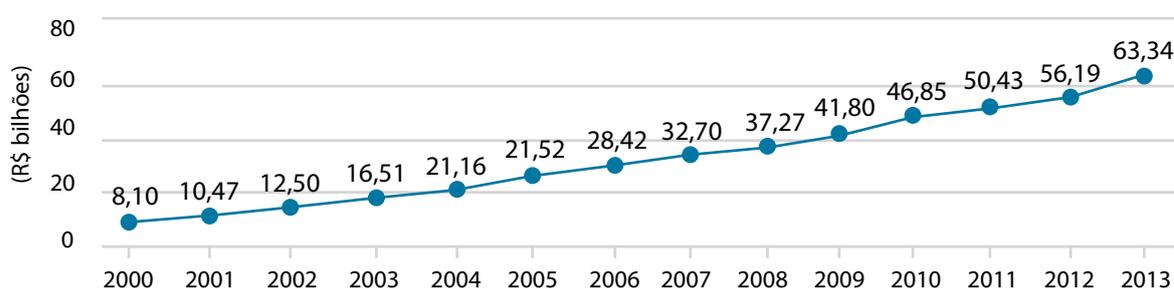
b) transferências diretas: pagamentos do Governo Federal efetuados diretamente para os prestadores de serviços ou referentes a convênios firmados pelo Ministério da Saúde com órgãos ou entidades visando executar programas de governo específicos ou atender a emendas parlamentares.

45. Além disso, os fundos estaduais e municipais recebem recursos de seus próprios orçamentos; de congêneres, como os Fundos de Participação e Constitucional do Distrito Federal, ou dos estados, conforme regras próprias de cada ente.

46. As transferências de recursos federais podem ocorrer por meio dos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do Sistema Único de Saúde e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

47. Os recursos federais transferidos para os estados, o DF e os municípios aumentaram de R\$ 8,1 bilhões, em 2000, para R\$ 67,65 bilhões, em 2014, de forma relativamente constante.

Gráfico 4: Evolução dos recursos federais transferidos a estados, DF e municípios (2000-2014)

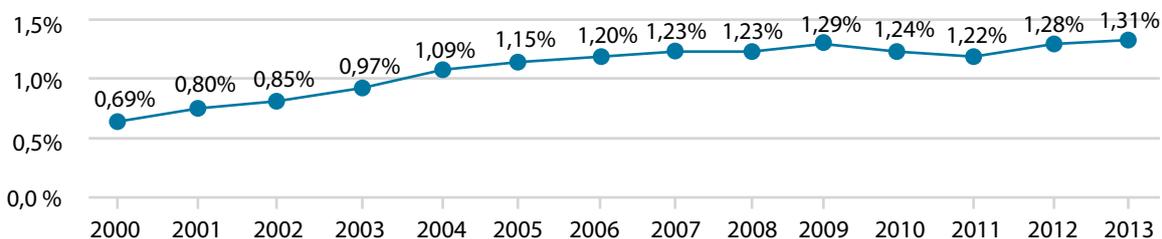


Fonte: Sala de apoio à Gestão Estratégica (SAGE/MS), Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA/IBGE) (27/4/2015)

48. Observa-se que, entre 2000 e 2007, houve um significativo aumento percentual dessas transferências em relação ao PIB (passou de 0,69% para 1,23%). Entre 2007 e 2011, as transferências mantiveram uma proporção praticamente constante quando comparadas com

o PIB. Por fim, a partir de 2011, passou a haver um ligeiro crescimento dos recursos repassados em relação ao PIB (de 1,22% para 1,31%).

Gráfico 5: Evolução dos recursos federais transferidos para estados, DF e municípios (em relação ao PIB)



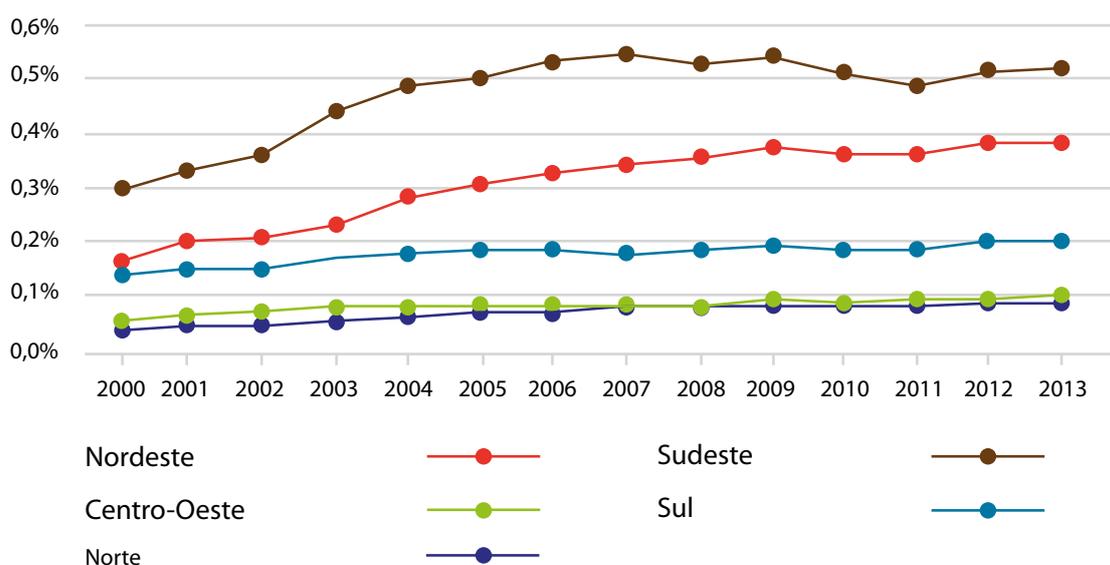
Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE (8/10/2014)

IV.1.1. Transferências de recursos federais por região

49. Quanto ao total de recursos federais repassados por região, verifica-se que houve um expressivo aumento dos valores destinados ao Norte e Nordeste. Em 2000, o volume transferido para a região Norte equivaleu a 0,04% do PIB. Já em 2013, esse montante passou a corresponder a 0,10%. De igual modo, em 2000, 0,16% do PIB brasileiro era destinado a transferências para a região Nordeste, percentual esse que em 2013 atingiu 0,39%.

50. Para as demais regiões houve um aumento menos sensível. No Sudeste, o percentual passou de 0,29% para 0,52% e no Centro-Oeste, de 0,053% para 0,096%. Para a região Sul, por seu turno, o referido percentual passou de 0,14% para 0,21%.

Gráfico 6: Evolução dos recursos federais transferidos por região (em relação ao PIB)

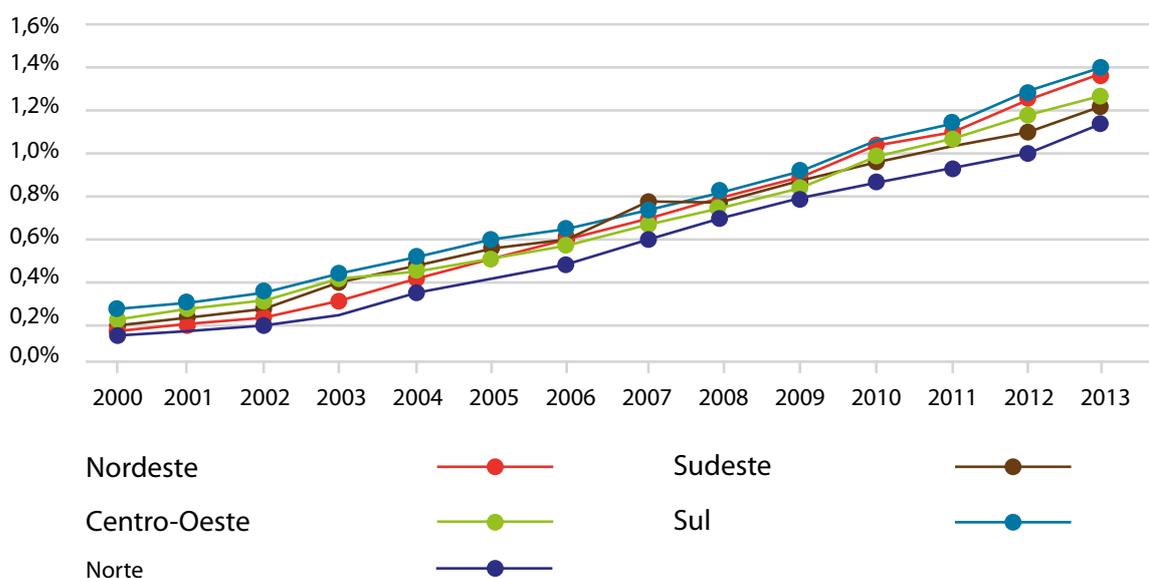


Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE (8/10/2014)

51. Cumpre salientar que, quando se considera o PIB per capita, a situação se altera. Assim sendo, em 2000, a região Sul recebia o maior percentual (0,28%), o que se manteve em 2013 (1,44%). Por outro lado, a região Norte era a que menos recebia recursos per capita em 2000 (0,16%) e continuou na mesma posição em 2013 (1,17%).

52. O Nordeste apresentou sensível melhora, uma vez que, em 2009, apresentava relação de 0,17% (a segunda pior) e, em 2013, de 1,40% (a segunda melhor). Por seu turno, a região Centro-Oeste apresentou relação de 0,23% em 2000 e 1,23% em 2013, e a região Sudeste, de 0,20% em 2000 e 1,23% em 2013.

Gráfico 7: Evolução dos recursos transferidos por região (em relação ao PIB per capita)



Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE (8/10/2014)

IV.1.2. Transferências de recursos federais por blocos

53. Em 2013, os blocos de Atenção Básica (AB) e de Média e Alta Complexidade (MAC) corresponderam a 87% das transferências para outros entes federativos. Na série histórica, verifica-se um grande aumento dos recursos destinados à MAC (0,39% do PIB em 2000 para 0,85% do PIB em 2013), ao passo que os recursos destinados às ações de atenção básica apresentaram aumento mais modesto (0,22% do PIB em 2000 e 0,29% do PIB em 2013). Cabe destacar, ainda, que o bloco de Assistência Farmacêutica ganhou mais relevância nos últimos anos (0,04% do PIB em 2000 e 0,08%, em 2013).

Gráfico 8: Recursos federais transferidos para AB e MAC (em relação ao PIB)

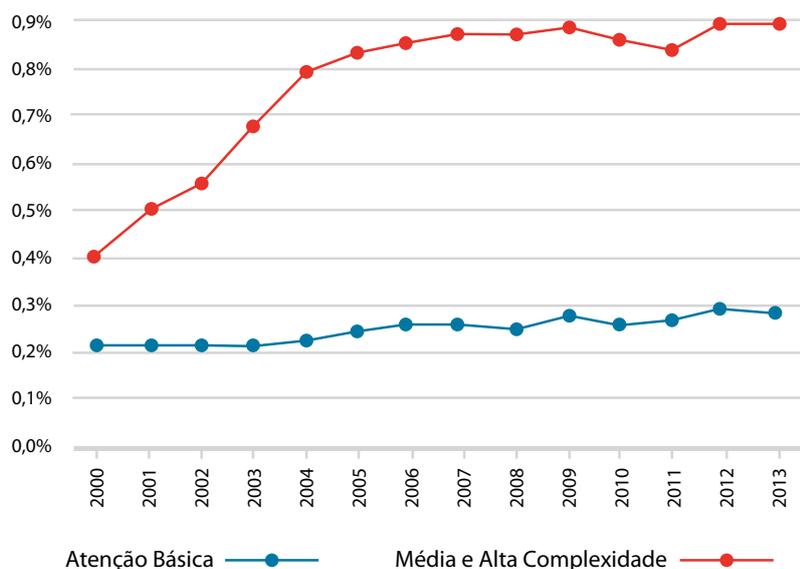
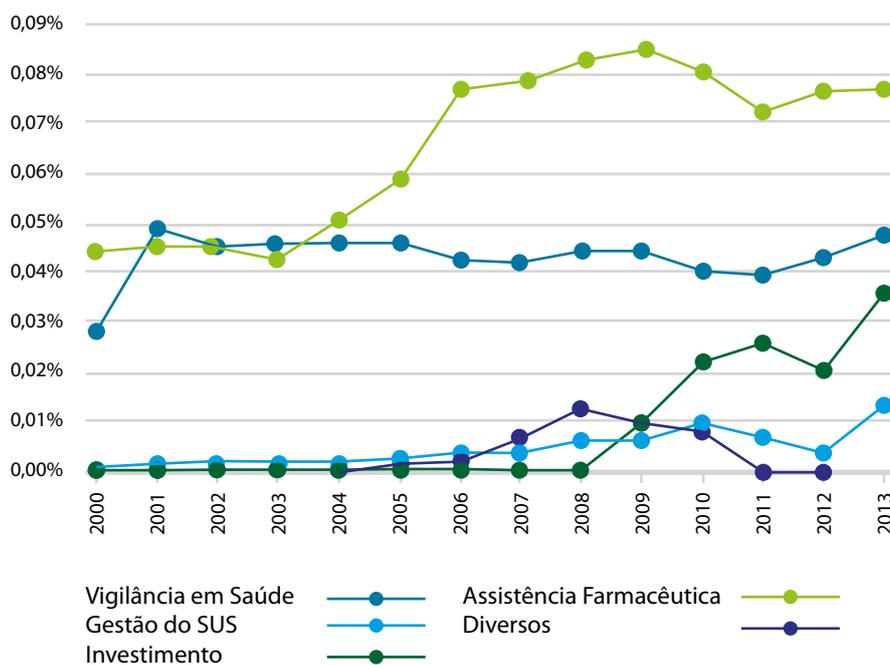


Gráfico 9: Recursos federais transferidos para os demais blocos (em relação ao PIB)

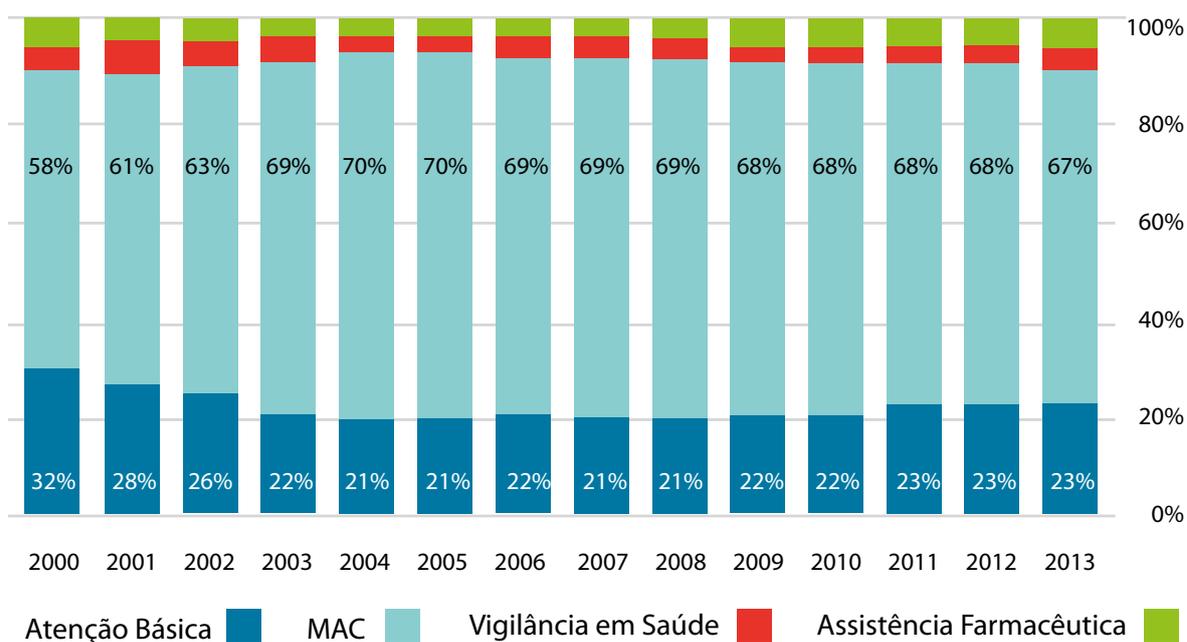


Fonte: SAGE/MS, SIDRA/IBGE (8/10/2014)

54. Se considerarmos a participação relativa dos quatro maiores blocos de financiamento do SUS (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica), observaremos que a Atenção Básica perdeu relevância. Em 2000, ela representava aproximadamente 32,1% dos recursos transferidos para estados, DF e municípios e, em 2013, essa participação baixou quase dez pontos percentuais, para 22,7%.

55. De igual modo, observa-se ligeira perda de representatividade do bloco de Vigilância em Saúde, que chegou a representar 6% dos recursos transferidos em 2001 e baixou para 3,8% em 2013. Por outro lado, houve aumento considerável do bloco de Média e Alta Complexidade, cuja relevância proporcional aumentou em dez pontos percentuais ao longo do período (de 57,5% para 67,5%).

Gráfico 10: Participação relativa dos grandes blocos de financiamento (2000-2013)

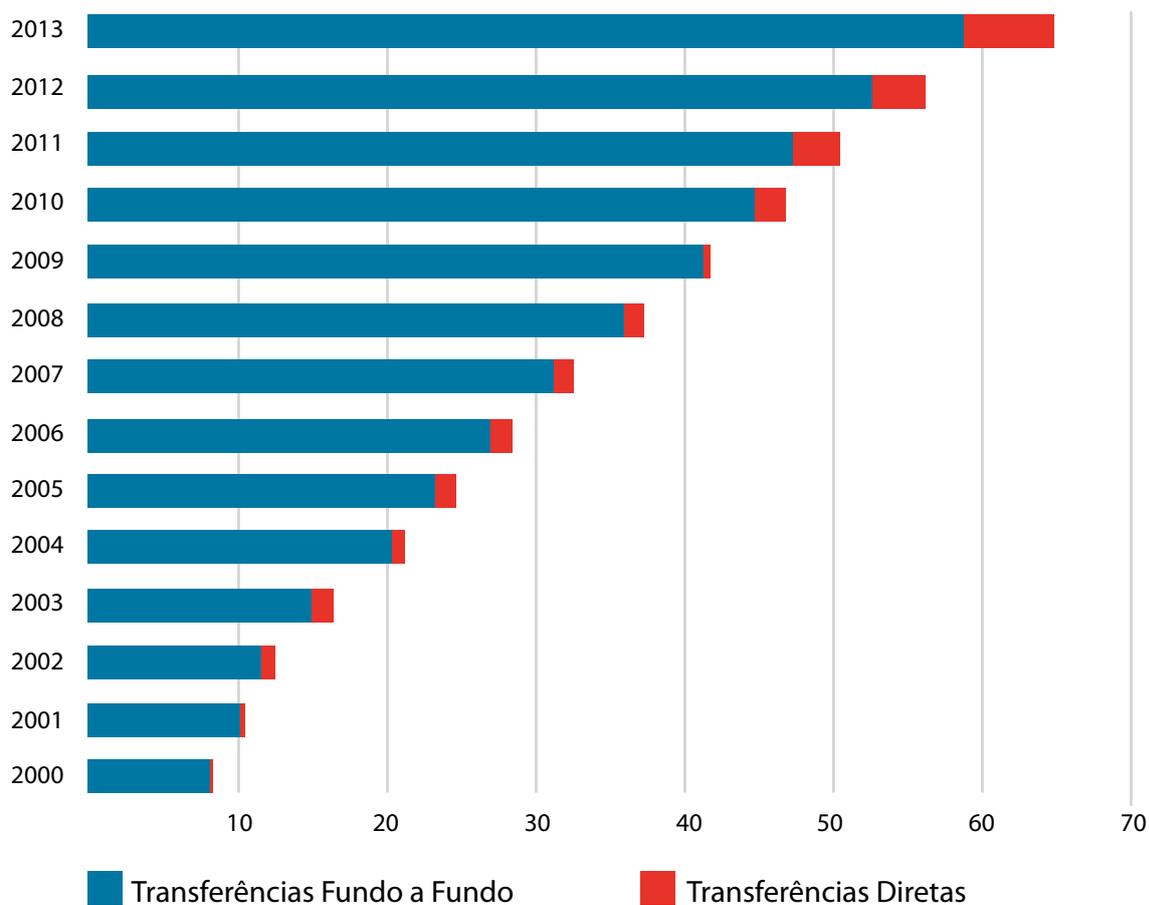


Fonte: SAGE/MS

IV.1.3. Transferências fundo a fundo e diretas

56. A maior parte das transferências de recursos federais para estados, DF e municípios ocorre na modalidade fundo a fundo. Contudo, cabe ressaltar que a relação verificada entre o volume de dinheiro transferido em cada uma das modalidades tem se alterado de forma significativa ao longo do tempo. Assim, em 2000, apenas 0,01% das transferências foram classificadas como diretas. Já em 2003, essa modalidade respondeu por 8,7% dos valores transferidos. A partir de então, até 2009, houve um aumento das transferências fundo a fundo. Em 2010, esse cenário se alterou e as transferências diretas passaram a apresentar um gradativo aumento, tendo atingido 9,9% do total em 2013.

Gráfico 11: Transferências unda a Fundo x Transferências Diretas (2000-2013)



Fonte: SAGE/MS

IV.1.4. Distribuição dos recursos transferidos para a Atenção Básica

57. Em 2013, 66% das transferências para Atenção Básica foram direcionadas para custear o Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, contra 34% voltadas para o PAB Fixo. Assim sendo, as transferências de recursos federais, nesse bloco, dependem mais da adesão de estados e municípios a programas prioritários do Ministério da Saúde (piso variável) do que de critérios demográficos (piso fixo). Essa realidade é diferente da existente em 2002, quando 56% dos recursos transferidos para a Atenção Básica eram relacionadas ao PAB Fixo e 44% ao PAB Variável.

58. Em 2013, a composição dos gastos com o PAB Variável foi fortemente influenciada pelos programas Saúde na Família (R\$ 3,25 bilhões) e Agentes Comunitários de Saúde (R\$ 3,17 bilhões). Juntos, esses dois programas representaram 70,2% do PAB Variável.

Gráfico 12: PAB Fixo x PAB Variável (2013)

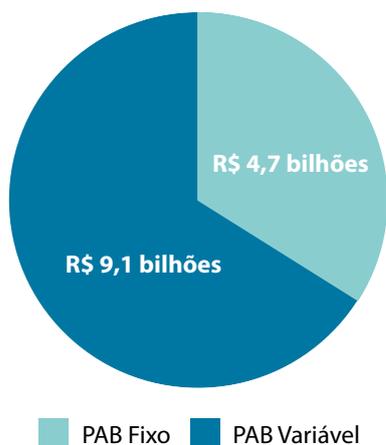
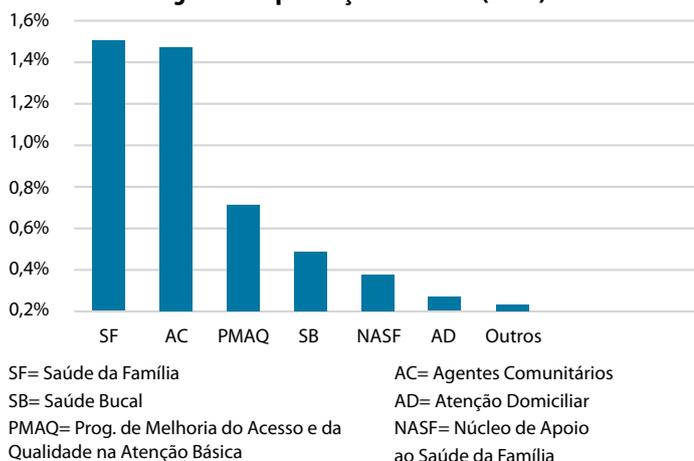


Gráfico 13: Composição do Piso Variável de Vigilância e promoção da Saúde (2013)



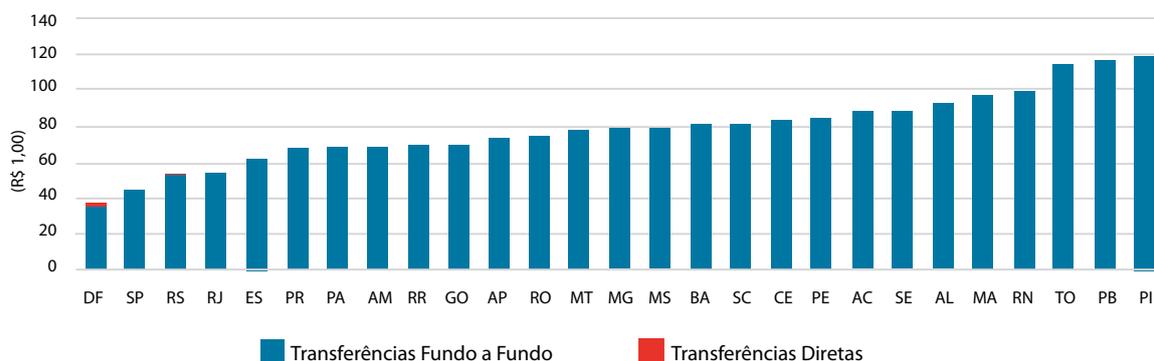
Fonte: SAGE/MS

59. As unidades da federação em que os programas Saúde na Família (SF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem maior penetração receberam maiores recursos, sendo que o valor per capita transferido variou de R\$ 118,95 (Piauí) a R\$ 34,71 (Distrito Federal).

60. No DF, esse valor pode se justificar pela baixa cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde na Família. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em dezembro de 2013, a cobertura desses programas no DF foi de 20,80% e 20,06%, respectivamente. Por outro lado, no Piauí, essa mesma cobertura foi de 99,62% (ACS) e de 96,61% (SF).

61. Em todo o país, a média per capita dos valores transferidos foi de R\$ 78,44.

Gráfico 14: Recursos per capita transferidos em Atenção Básica (2013)



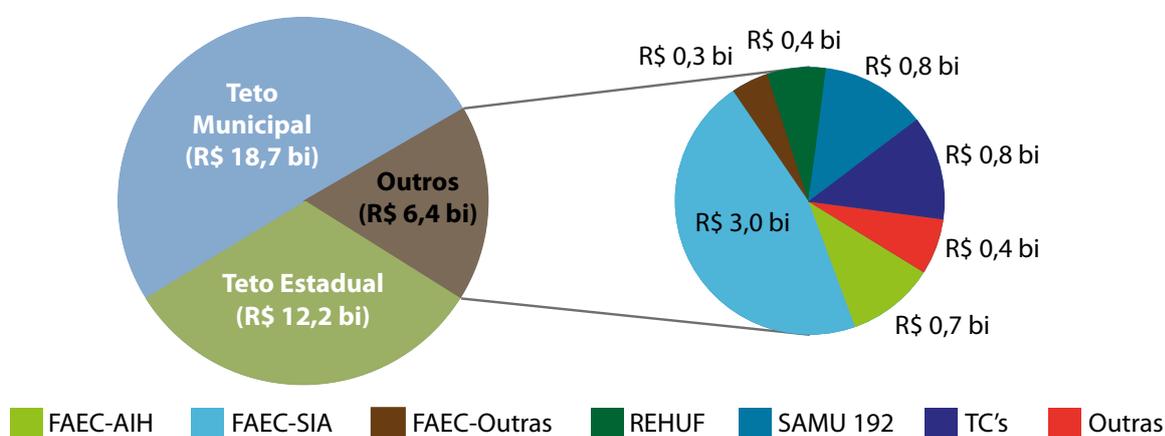
Fonte: SAGE/MS, IBGE (8/10/2014)

IV.1.5. Distribuição dos recursos transferidos para a Atenção de Média e Alta Complexidade

62. As transferências de recursos para a Atenção de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial podem ser divididas em três grandes grupos: Teto Municipal (50%), Teto Estadual (33%) e Outras Transferências (17%). Dentro desse último grupo, mais de 50% dos gastos se referem ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que se destina ao custeio de transplantes, cirurgias eletivas e medicamentos excepcionais.

63. Existem ainda transferências para o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os Termos de Cooperação.

Gráfico 15: Recursos transferidos para a Atenção de Média e Alta Complexidade (2013)



Faec= Fundo de Ações Estratégicas e Compensação Ambulatoriais

Samu= Sistema de Atendimento Móvel de Urgência

Rehuf= Reest. Hosp. Universit. Federais

SIA= Sistema de Informações

AIH= Autorização de Internação Hospitalar

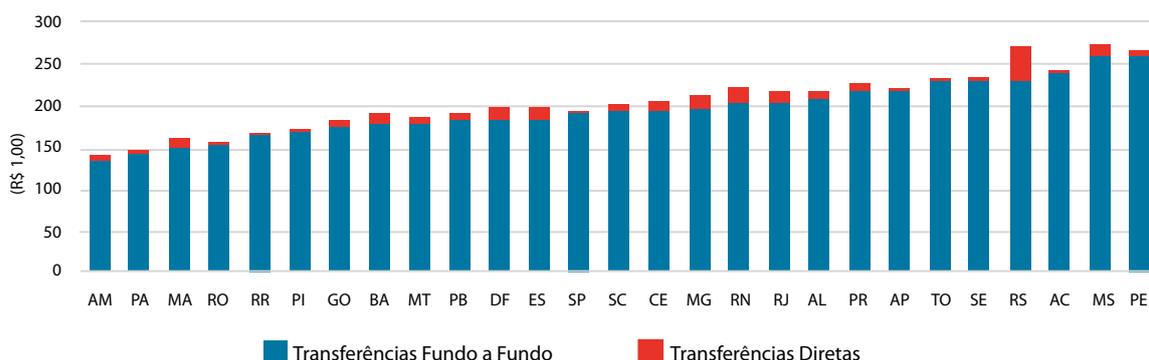
TC= Termo de Cooperação

Fonte: SAGE/MS (8/10/2014)

64. As transferências per capita para a Atenção de Média e Alta Complexidade foram mais homogêneas que aquelas direcionadas para a Atenção Básica, tendo oscilado entre R\$ 273,00 (Mato Grosso do Sul) e R\$ 140,12 (Amazonas).

65. As transferências diretas foram relevantes em relação aos valores totais, em especial nos estados do Rio Grande do Sul (18%) e Rio Grande do Norte (10,1%). Cabe salientar que uma parte dessas transferências diretas decorre de ações judiciais.

Gráfico 16: Recursos per capita transferidos para Média e Alta Complexidade (2013)



Fonte: SAGE/MS, IBGE (8/10/2014)

IV.1.6. Recursos transferidos para a Vigilância em Saúde

66. O volume de recursos transferido para a Vigilância em Saúde, que foi definido a partir de variáveis populacionais (piso fixo), destina-se a custear a produção de análises que subsidiem o planejamento das ações de saúde pública, a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, a vigilância da saúde do trabalhador e a detecção de emergências de saúde pública, bem como às respectivas respostas. Em 2013, tais transferências totalizaram R\$ 1,5 bilhão ou 65% do total do bloco.

67. Já os valores relativos ao piso variável, que dependem de pactuação, atingiram R\$ 0,78 bilhão ou 34% do total do bloco. Esses recursos se destinam principalmente ao incentivo e à qualificação de ações relacionadas à prevenção da dengue (R\$ 363 milhões), ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância (R\$ 119 milhões) e aos incentivos no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis (R\$ 111 milhões).

Gráfico 17: Recursos transferidos a estados/municípios em Vigilância (2013)

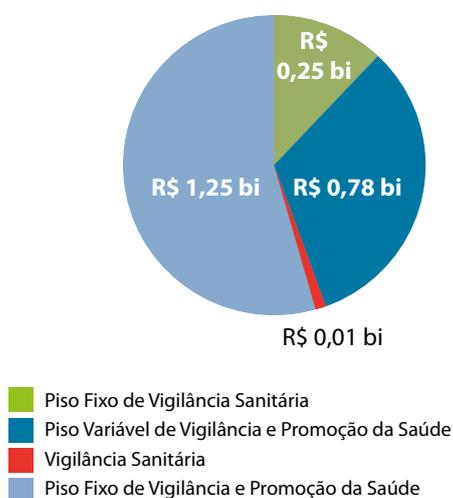
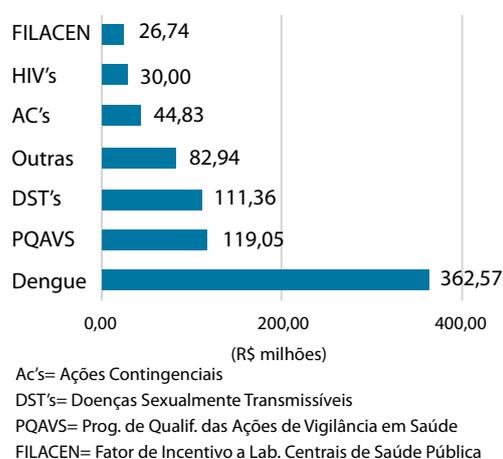


Gráfico 18: Composição do Piso Variável de Vigilância e promoção da Saúde (2013)



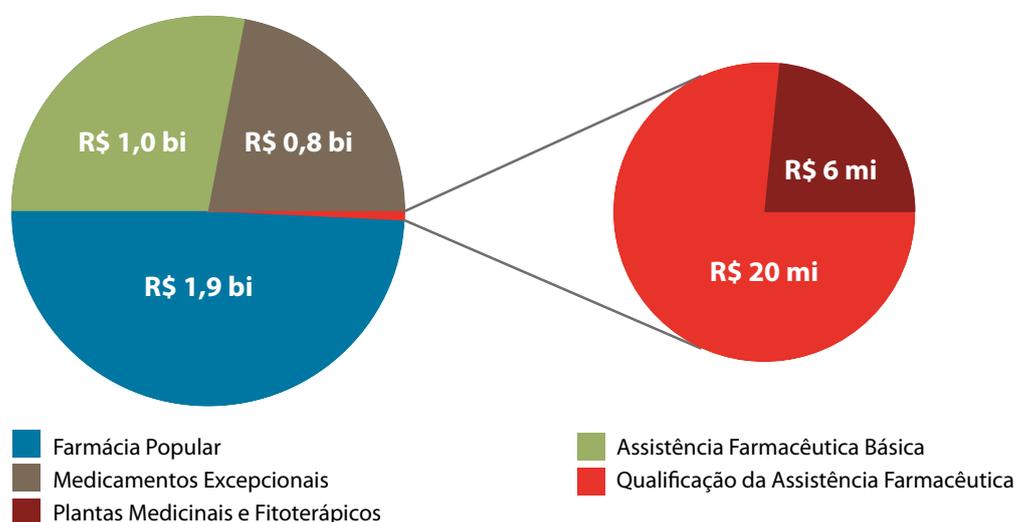
Fonte: SAGE/MS, IBGE (8/10/2014)

68. As transferências per capita para a Vigilância em Saúde oscilaram entre R\$ 25,16 (Roraima) e R\$ 7,99 (São Paulo). Cabe destacar que 99,5% dos recursos foram transferidos na modalidade fundo a fundo, sendo que as transferências diretas estiveram relacionadas a demandas judiciais e à concessão de bolsas a tutores no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho (PET).

IV.1.7. Recursos transferidos para a Assistência Farmacêutica

69. Em 2013, essas transferências ocorreram especialmente no âmbito do Programa Farmácia Popular (51% do total), que, por meio de uma rede própria de estabelecimentos e de parcerias com drogarias da rede privada, possibilita o acesso gratuito a medicamentos. Há ainda os Programas de Assistência Farmacêutica Básica (27%) e de aquisição de medicamentos excepcionais (22%).

Gráfico 19: Recursos transferidos para Assistência Farmacêutica (2013)

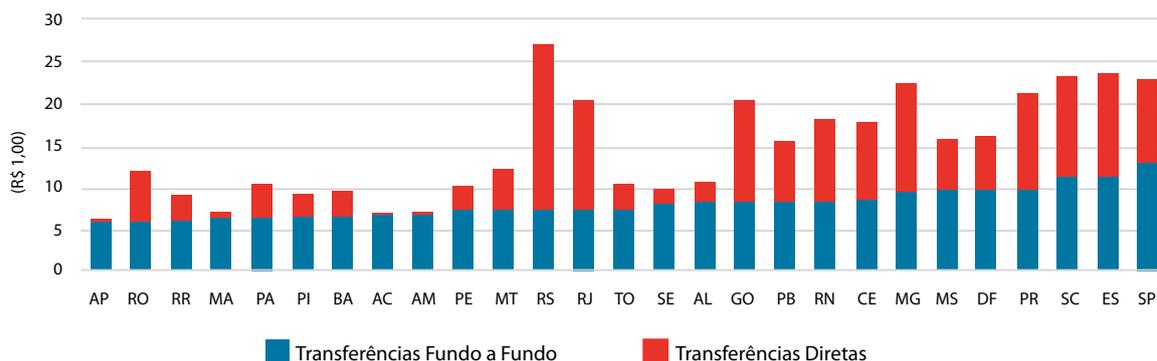


Fonte: SAGE/MS, IBGE (8/10/2014)

70. As transferências diretas são muito relevantes para a Assistência Farmacêutica. Em nove estados, elas superaram as transferências fundo a fundo (RS, RJ, GO, MG, PR, RN, ES, SC e CE). Isso ocorre especialmente em virtude do Programa Farmácia Popular, no qual os pagamentos são realizados diretamente para as farmácias, bem como em decorrência de decisões judiciais que determinaram a aquisição de remédios. Por outro lado, nos estados do AP, AC, AM e MA existem poucas transferências diretas, o que pode indicar que o referido programa possui baixa penetração.

71. Os valores per capita das transferências oscilaram entre R\$ 5,98 (Amapá) e R\$ 27,16 (Rio Grande do Sul), o que explicita o acesso pouco equânime da população aos fármacos. Ademais, no Sul e no Sudeste, seis dos sete estados possuem preponderância de transferências diretas, enquanto em apenas dois dos dezesseis estados das regiões Norte e Nordeste ocorre essa preponderância, o que indica a existência de diferentes dinâmicas regionais para acesso a medicamentos.

Gráfico 20: Valores per capita transferidos para Assistência Farmacêutica (2013)

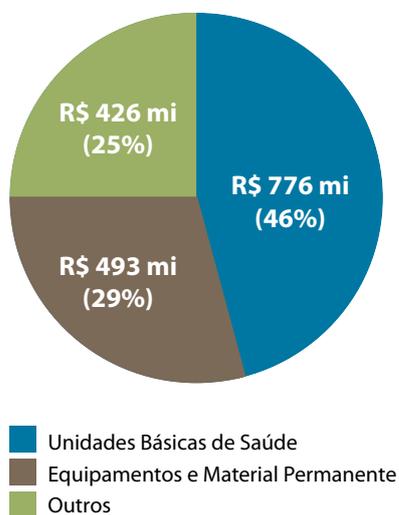


Fonte: SAGE/MS, IBGE (8/10/2014)

IV.1.8. Recursos transferidos para investimentos

72. As transferências de recursos federais para a realização de investimentos visam, especialmente, à construção, à ampliação e à implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que correspondem a 45,7% do total. Possuem também relevância os gastos com a aquisição de equipamentos e material permanente, que equivalem a 29,3% do montante transferido, dos quais R\$ 220 milhões são direcionados para a estruturação da rede de serviços de atenção básica.

Gráfico 21: Recursos transferidos para investimentos (2013)

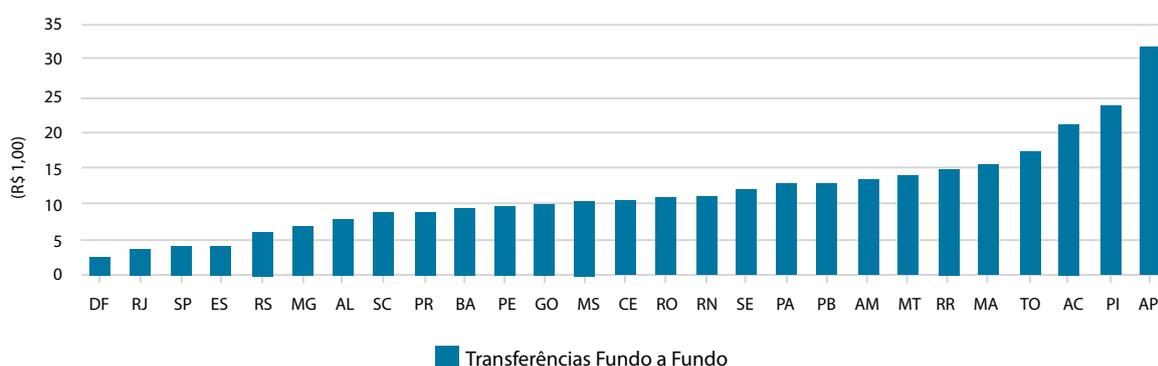


Fonte: SAGE/MS, IBGE (8/10/2014)

Descrição	R\$
ECULIZUMABE, 10 MG/ML, SOL. INJ.	125.450.132
GALSUFASE, 1 MG/ML, CONC. PERF. INJ.	82.144.286
IDURSUFASE, 2MG/ML, SOL, INF. VENOSA	77.567.848
ALFAGASIDASE, 1 MG/ML, SOL. INF.	52.618.804
BETAGALSIDADE, 35 MG, PÓ LIÓLIO INJ.	33.225.800
ALFALGLICOSIDADE, 50 MG, PÓ LIÓLIO INJ.	14.530.018
LARONIDASE, 058 MG/ML, SOL. INJ.	11.693.745
LOMITAPIDA, 10 MG	7.823.648
ALFA-1 ANTITRIPSINA (AAT), 20 MG/ML, SOL. INF. INJ.	2.340.601
SUNITINIBE, MALATO, 50 MG	2.040.608
SORAFENIBE TOSILATO, 200 MG	1.879.445
BRENTUXIMABE VEDOTINA, 50 MG, PÓ LIÓFILO INJ.	1.871.951
LOMITAPIDA, 5 MG	1.806.524
INIBIDOR DE ESTERASE, C1 HUMANA, 500 UI, PÓ LIÓFILO INJ.	1.605.009
ABIRATERONA ACETATO, 250 MG	1.551.974
TAFAMIDIS, 20 MG	1.155.806
VEMURAFENIBE, 240 MG	1.085.380

73. Tais transferências foram realizadas exclusivamente na modalidade fundo a fundo, sendo que a maior parte dos investimentos ficou concentrada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os valores per capita variaram entre R\$ 32,21 (Amapá) e R\$ 3,40 (Distrito Federal). No entanto, é difícil estabelecer padrões comparativos, pois diferentes unidades federadas possuem prioridades de investimentos diversas.

Gráfico 22: Valores per capita transferidos para investimentos (2013)

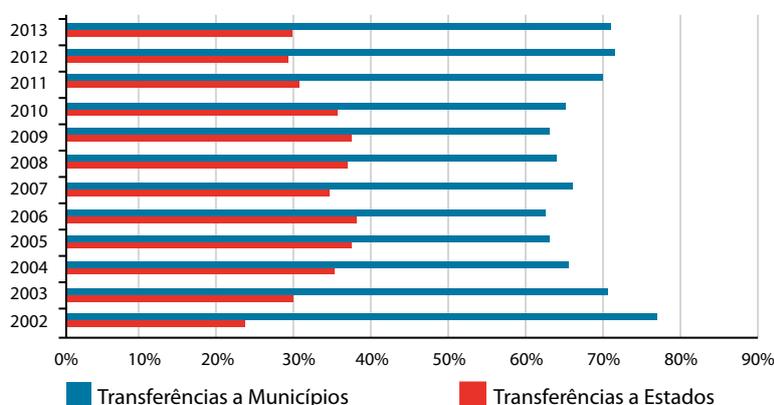


Fonte: SAGE/MS, IBGE (8/10/2014)

IV.1.9. Comparativo entre os recursos transferidos para estados e municípios

74. Considerando o Distrito Federal como um estado, observa-se que, em 2002, 77% dos recursos federais eram destinados aos municípios e 23%, aos estados. Essa diferença foi reduzida significativamente nos anos seguintes, de modo que, entre 2004 e 2010, o percentual de transferências para os estados oscilou entre 38% e 34%. Contudo, em 2010, a participação relativa dos municípios voltou a subir e se estabilizou a partir de 2011. Atualmente, 70% desses recursos são direcionados para municípios e 30% para estados, o que observa a diferença mínima estabelecida no art. 3º, § 2º, da Lei nº 8.142/1990.

Gráfico 23: Transferências para estados e municípios



Fonte: SIGA BRASIL/SIAFI (23/10/2014)

Ano	Transf. Estados	Transf. Municípios
2002	23,3%	76,7%
2003	29,5%	70,5%
2004	34,9%	65,1%
2005	37,3%	62,7%
2006	37,7%	62,3%
2007	34,2%	65,8%
2008	36,5%	63,5%
2009	37,0%	63,0%
2010	35,1%	64,9%
2011	30,2%	69,8%
2012	28,9%	71,1%
2013	29,3%	70,7%

IV.2. Atendimentos a usuários em estados distintos de sua residência

75. A avaliação, no FiscSaúde 2014, dos atendimentos em saúde realizados em estados diferentes daqueles onde os usuários residem foi expressamente determinada no item 9.2 do Acórdão nº 693/2014 – Plenário.

76. Os usuários do SUS podem buscar atendimento em unidades da federação nas quais não residam. É o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), que deve ocorrer somente após terem sido esgotados todos os recursos disponíveis no município onde mora o paciente. Os TFD, que representam formas de “invasão estadual” e “evasão estadual”, podem ensejar atendimentos ambulatoriais ou hospitalares, cujos custos devem ser indenizados ao ente federado que prestou os atendimentos.

77. Em determinados casos, os atendimentos em estados diversos de onde os usuários residem são previamente pactuados. Essa hipótese ocorre nas regiões de saúde interestaduais, nas quais existem mecanismos de compensação financeira dos entes envolvidos.

78. Por exemplo, os atendimentos aos moradores de 39 municípios maranhenses fronteiriços ao estado do Piauí são realizados no estado vizinho, com o correspondente redirecionamento do teto financeiro de alta complexidade. Lógica semelhante também é aplicada no Distrito Federal em relação aos habitantes dos municípios que integram a Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE).

IV.2.1. Visão geral de atendimentos fora do estado de origem em 2013

79. Em 2013, no que concerne às internações hospitalares de média e alta complexidade, os estados do Acre, Amapá, Piauí, Tocantins, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Sergipe, São Paulo, Paraná e DF apresentaram saldo de invasão estadual (atenderam residentes de outras localidades). Os demais apresentaram saldo de evasão estadual (seus residentes buscaram atendimentos em outras localidades).

Figura 1: Internações hospitalares de média e alta complexidades fora do estado de origem (2013)

UF	Situação	Saldo	UF	Situação	Saldo
GO	Evasão hospitalar	40.435	RR	Evasão hospitalar	425
MG	Evasão hospitalar	9.406	ES	Evasão hospitalar	248
MA	Evasão hospitalar	9.168	TO	Evasão hospitalar	266
BA	Evasão hospitalar	6.341	RN	Evasão hospitalar	708
PA	Evasão hospitalar	4.970	CE	Evasão hospitalar	819
PB	Evasão hospitalar	2.955	PR	Evasão hospitalar	874
AM	Evasão hospitalar	2.622	AC	Evasão hospitalar	1.116
AL	Evasão hospitalar	2.481	AP	Evasão hospitalar	1.474
MS	Evasão hospitalar	2.114	SE	Evasão hospitalar	2.855
SC	Evasão hospitalar	1.011	PE	Evasão hospitalar	5.848
RO	Evasão hospitalar	868	PI	Evasão hospitalar	8.774
RS	Evasão hospitalar	763	SP	Evasão hospitalar	18.370
RJ	Evasão hospitalar	526	DF	Evasão hospitalar	44.754



Fonte: Tabnet/Datasus/MS (18/11/2014)

80. Quanto à produção ambulatorial de alta complexidade, apenas três estados, considerando também a rede dos municípios/prestadores que os integram, apresentaram saldo de invasão estadual: São Paulo, Ceará e Piauí. Todos os demais apresentam evasão (seus residentes foram à outra UF em busca de atendimento).

Figura 2: Produções ambulatoriais de alta complexidade fora do estado de origem (2013)



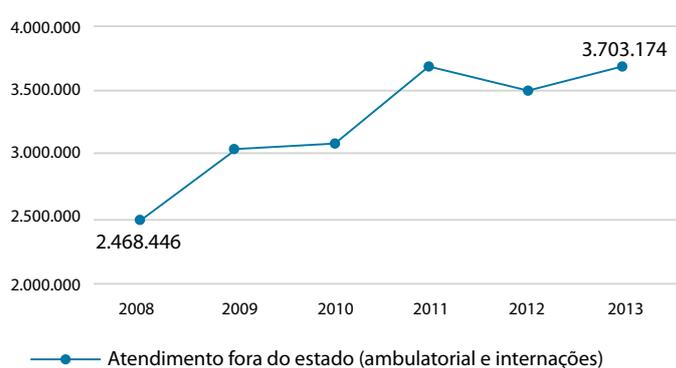
UF	Situação	Saldo
MG	Evasão ambulatorial	1.207.387
RJ	Evasão ambulatorial	519.090
GO	Evasão ambulatorial	318.167
MT	Evasão ambulatorial	246.373
MS	Evasão ambulatorial	198.649
MA	Evasão ambulatorial	174.430
RN	Evasão ambulatorial	129.870
RO	Evasão ambulatorial	127.657
BA	Evasão ambulatorial	90.448
SE	Evasão ambulatorial	79.125
SC	Evasão ambulatorial	76.541
PA	Evasão ambulatorial	71.131
PR	Evasão ambulatorial	63.512

AL	Evasão ambulatorial	57.997
AM	Evasão ambulatorial	54.094
PB	Evasão ambulatorial	47.881
PE	Evasão ambulatorial	37.191
ES	Evasão ambulatorial	29.869
RR	Evasão ambulatorial	17.340
DF	Evasão ambulatorial	16.915
RS	Evasão ambulatorial	15.597
AC	Evasão ambulatorial	13.493
AP	Evasão ambulatorial	13.493
TO	Evasão ambulatorial	9.655
CE	Evasão ambulatorial	261.578
SP	Evasão ambulatorial	3.345.399

Fonte: Tabnet/Datasus/MS (18/11/2014)

81. Em uma perspectiva histórica, observa-se o aumento do número de pessoas que vão a outros estados ou ao DF em busca de serviços médicos. Em 2008, 2.468.446 usuários do SUS buscaram atendimento em outros estados. Já em 2013, esse número subiu para 3.703.174 (incremento de 50%):

Gráfico 24: Evolução do número total de atendimentos fora do estado de origem (2008-2013)



	Interações		
	Ambulatorial	Alta	Média
2008	2.389.297	13.075	66.074
2009	2.947.430	13.082	66.158
2010	3.016.555	12.636	59.705
2011	3.630.141	13.497	59.728
2012	3.416.573	14.093	63.528
2013	3.616.194	15.545	71.435

Fonte: Tabnet/Datasus/MS (18/11/2014)

IV.3. Ações judiciais para a aquisição de medicamentos

82. A judicialização do acesso aos medicamentos possui grande relevância, em virtude do crescimento do número de demandas, do relevante impacto financeiro para os governos federal, estaduais e municipais e dos significativos efeitos na capacidade gerencial desses entes federados.

83. Estudo realizado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde apontou que os valores gastos por aquele órgão para atender decisões judiciais, por meio de depósitos judiciais ou repasses para estados e municípios, saltaram de R\$ 116 mil, em 2005, para mais de R\$ 68 milhões em 2012. Já os gastos daquele ministério com a aquisição direta de medicamentos,

equipamentos e insumos em decorrência de decisões judiciais passou de R\$ 2,4 milhões, em 2005, para R\$ 287,8 milhões em 2012.

84. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), diante do grande número de demandas desse tipo em tramitação no Poder Judiciário, expediu a Recomendação nº 31/2010, dirigida aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais, visando fornecer, aos magistrados e demais operadores do direito, elementos que permitam encontrar soluções mais eficientes para as ações que envolvem a assistência à saúde. Posteriormente, por meio da Resolução nº 107/2010, foi criado o Fórum Nacional do Judiciário para monitorar as demandas de assistência à saúde.

85. No mesmo sentido, a Advocacia-Geral da União (AGU), considerando que os processos judiciais de saúde vinham sendo instruídos de forma deficiente, emitiu o Parecer nº 810/2012 – AGU/CONJUR-MS/HRP, que relaciona os seguintes elementos comprobatórios mínimos que devem ser apresentados nas ações em tela: existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), possibilidade de alternativa terapêutica no SUS, informações se o paciente possui plano privado de saúde e dados sobre eventuais conflitos de interesse envolvendo o profissional que fez a prescrição.

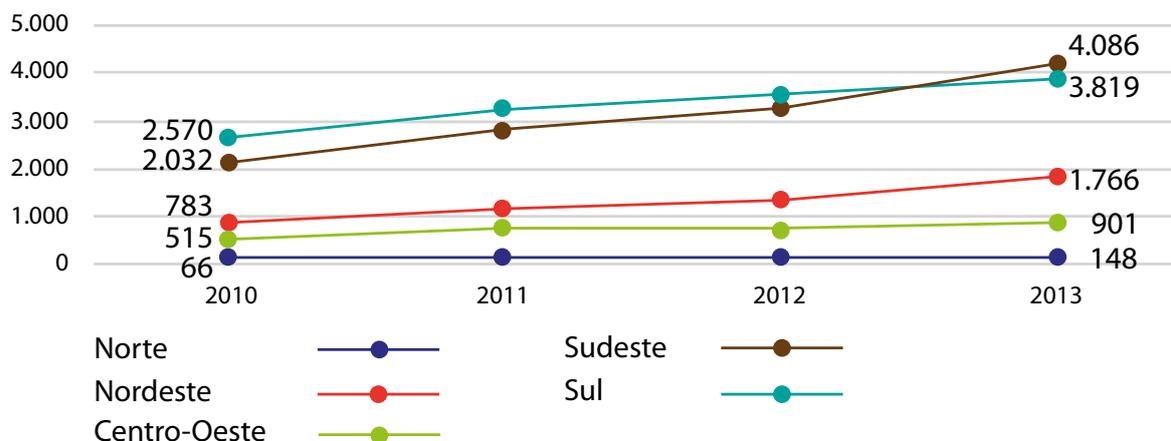
86. O Ministério da Saúde já relatou ao TCU a existência de situações anômalas, como ações judiciais para a compra de medicamentos sem registro na Anvisa ou que podem ser adquiridos gratuitamente por meio do programa Farmácia Popular ou pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Saliento que as determinações judiciais, que desconsideram a rede do SUS existente, ensejam a realização de despesas elevadas, relacionadas ao custo dos medicamentos, aos gastos com logística para entregar os fármacos no local indicado na petição e aos ritos legais para sua aquisição, entre outros.

IV.3.1. Quantidade e distribuição das decisões judiciais

87. De acordo com a Coordenação de Compra por Demanda Judicial (CDJU), vinculada ao Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde – MS, o número de decisões judiciais que obrigaram a aquisição de medicamentos pelo MS quase dobrou entre 2010 e 2013, tendo passado de 5.966 para 10.720. Aduzo que, até outubro/2014, houve 11.877 demandas, o que já representava um crescimento de 11% em relação ao ano de 2013 inteiro.

88. Em 2013, as decisões judiciais estiveram concentradas nas regiões Sul e Sudeste (juntas representam 73%). Acrescento que, até 2012, a região Sul apresentava a maior parcela das determinações judiciais, mas, em 2013, a região Sudeste a ultrapassou. Na região Norte, as demandas tiveram menor relevância: apenas 1% das decisões judiciais registradas no país.

Gráfico 25: Decisões judiciais para aquisição de medicamentos – por região de origem das demandas (2010-2013)

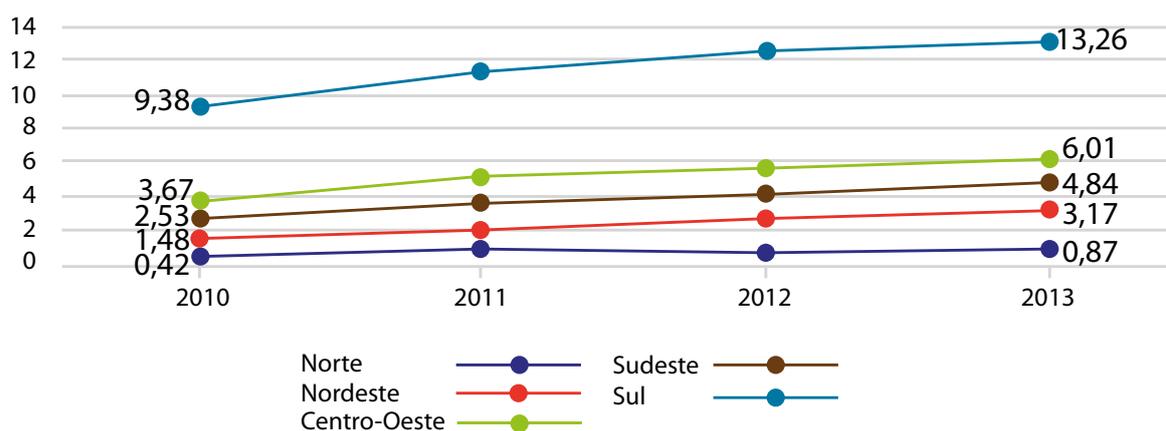


Fonte: CDJU/MS (3/11/2014)

89. Proporcionalmente à população, as decisões judiciais ainda estão concentradas na região Sul, onde, em 2013, houve 13,26 decisões por 100.000/hab., mais que o dobro do quantitativo registrado na segunda colocada, a região Centro-Oeste (6,01). A região Norte, mais uma vez, apresenta a menor taxa, com apenas 0,86 decisões judiciais por 100.000/hab.

90. O gráfico a seguir demonstra que, entre 2010 e 2013, o número de decisões judiciais cresceu 41% na região Sul, 64% na Centro-Oeste, 93% na Sudeste, 109% na Norte e 115% na Nordeste.

Gráfico 26: Taxa de decisões judiciais para aquisição de medicamentos (por grupo de 100.000/hab.) – por região de origem das demandas (2010-2013)

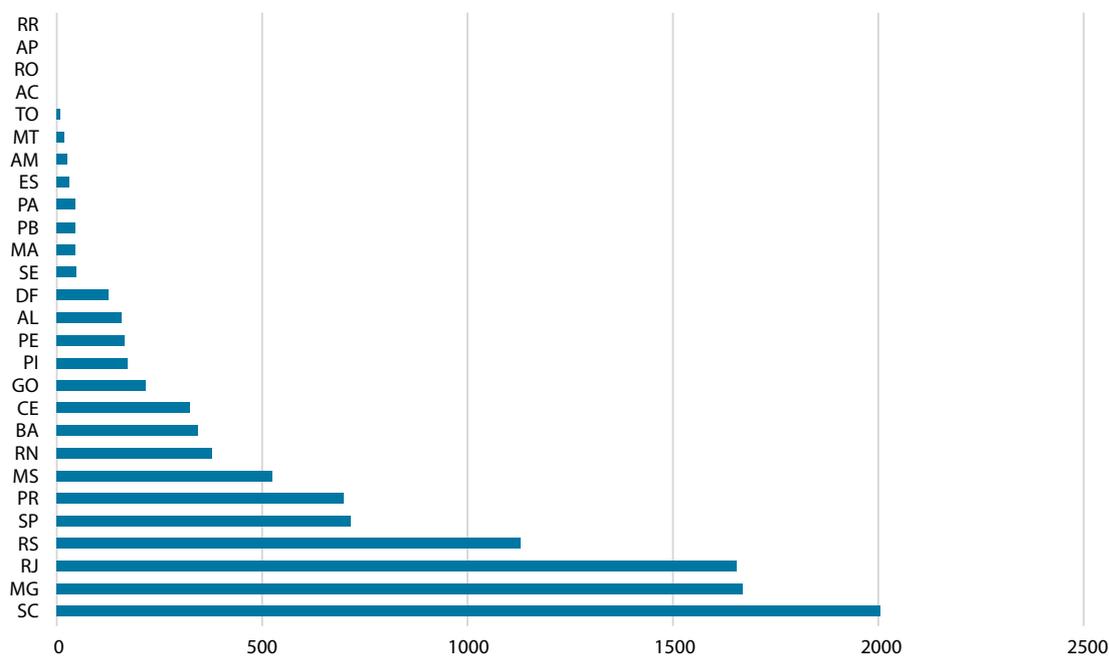


Fonte: CDJU/MS (3/11/2014) IBGE

91. Em 2013, o número de decisões foi maior em Santa Catarina (1.999), Minas Gerais (1.669), Rio de Janeiro (1.654) e Rio Grande do Sul (1.125). Em termos proporcionais, aferindo-se o número de ações judiciais por grupo de 100 mil habitantes, observa-se que

as demandas se concentram especialmente em Santa Catarina (30,1), Mato Grosso do Sul (20,4), Rio Grande do Norte (11,2), Rio de Janeiro (10,1) e Rio Grande do Sul (10,1).

Gráfico 27: Número de decisões judiciais para aquisição de medicamentos – por estado (2013)



UF	Desições Judiciais	
	Totais	por 100.000/hab
RR	3	0,6
AP	4	0,5
AC	8	1,0
RO	8	0,5
TO	13	0,9
MT	30	0,9
AM	40	1,1
ES	48	1,3
PA	72	0,9
PB	74	1,9
MA	76	1,1
SE	83	3,8
DF	125	4,5
AL	156	4,7

UF	Desições Judiciais	
	Totais	por 100.000/hab
PE	164	1,8
PI	171	5,4
218	3,4	37.191
CE	318	3,6
BA	347	2,3
RN	377	11,2
MS	528	20,4
PR	695	6,3
SP	715	1,6
RS	1125	10,1
RJ	1654	10,1
MG	1669	8,1
SC	1999	30,1

Fonte: CDJU/MS (3/11/2014) IBGE

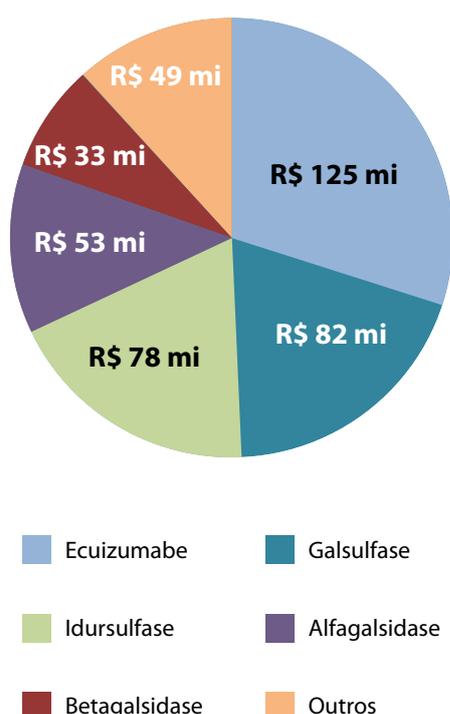
IV.3.2. Medicamentos cuja aquisição produz maior impacto financeiro

92. O impacto financeiro dessas ações judiciais é expressivo para os cofres públicos. Em 2013, apenas os quarenta medicamentos de maior custo foram responsáveis por despesas da ordem de R\$ 431 milhões. Assim sendo, naquele ano, o cumprimento das decisões judiciais em tela

consumiu 54% dos recursos totais transferidos aos estados para aquisição de Medicamentos Excepcionais, sem considerar os custos logísticos associados. Aduzo que, até agosto de 2014, os referidos gastos haviam atingido R\$ 554 milhões.

93. Considerando apenas os medicamentos cujas aquisições foram determinadas por decisões judiciais, e custaram mais de R\$ 1 milhão, tem-se a seguinte distribuição no exercício de 2013:

Gráfico 28: Decisões judiciais para aquisição de medicamentos – despesas superiores a R\$ 1 milhão (2013)



Descrição	R\$
ECULIZUMABE, 10 MG/ML, SOL. INJ.	125.450.132
GALSUFASE, 1 MG/ML, CONC. PERF. INJ.	82.144.286
IDURSUFASE, 2MG/ML, SOL, INF. VENOSA	77.567.848
ALFAGASIDASE, 1 MG/ML, SOL. INF.	52.618.804
BETAGALSIDADE, 35 MG, PÓ LIÓLIO INJ.	33.225.800
ALFALGLICOSIDADE, 50 MG, PÓ LIÓLIO INJ.	14.530.018
LARONIDASE, 058 MG/ML, SOL. INJ.	11.693.745
LOMITAPIDA, 10 MG	7.823.648
ALFA-1 ANTITRIPSINA (AAT), 20 MG/ML, SOL. INF. INJ.	2.340.601
SUNITINIBE, MALATO, 50 MG	2.040.608
SORAFENIBE TOSILATO, 200 MG	1.879.445
BRENTUXIMABE VEDOTINA, 50 MG, PÓ LIÓFILO INJ.	1.871.951
LOMITAPIDA, 5 MG	1.806.524
INIBIDOR DE ESTERASE, C1 HUMANA, 500 UI, PÓ LIÓFILO INJ.	1.605.009
ABIRATERONA ACETATO, 250 MG	1.551.974
TAFAMIDIS, 20 MG	1.155.806
VEMURAFENIBE, 240 MG	1.085.380

Fonte: CDJU/MS (3/11/2014)

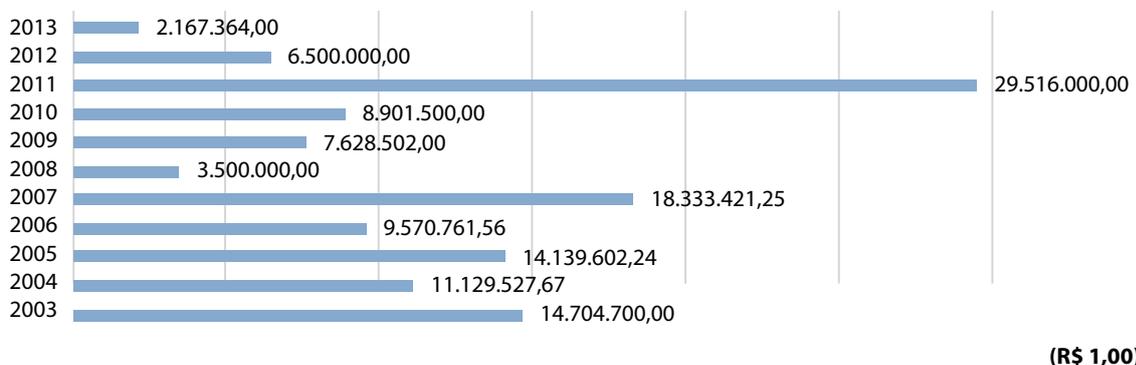
IV.4 – Doenças negligenciadas

94. As doenças negligenciadas são aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas, e consideradas endêmicas em populações de baixa renda, principalmente nos países em desenvolvimento. O termo “negligenciada” decorre do reduzido interesse da indústria farmacêutica por investir em pesquisas e na produção de medicamentos e vacinas. Dentro desse grupo de moléstias, o Ministério da Saúde definiu como prioritárias as seguintes doenças: dengue, doença de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária, esquistossomose e tuberculose.

95. As doenças negligenciadas não têm índice de mortalidade elevado, porém, com frequência, ocasionam cegueira, desfiguração ou invalidez permanente; afetam o crescimento e dificultam a inserção no mercado de trabalho. Por via de consequência, favorecem a manutenção da baixa condição social das pessoas acometidas. Em decorrência disso, o setor público deve dedicar uma especial atenção às ações de controle dessas doenças.

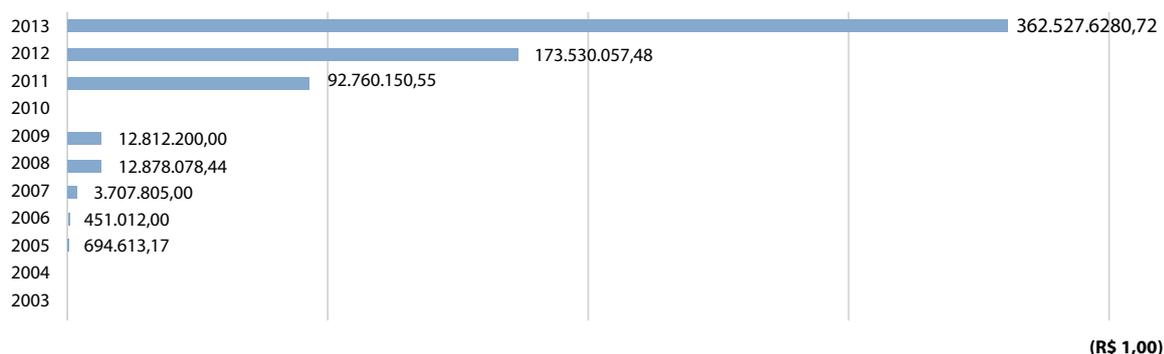
96. A partir de 2003, no bloco da Vigilância em Saúde, foram realizadas transferências fundo a fundo para tratar as doenças negligenciadas prioritizadas. Cabe frisar que existem gastos dispersos em programas do Governo Federal, bem como são aplicados recursos específicos de estados e municípios.

Gráfico 29: Doenças negligenciadas – transferências fundo a fundo (exceto dengue), em reais (2003-2013)



Fonte: SAGE/MS (23/01/2015)

Gráfico 30: Doenças negligenciadas – transferências para programas específicos de controle da dengue (2003-2013)



Fonte: SAGE/MS (23/01/2015)

IV.4.1. Hanseníase

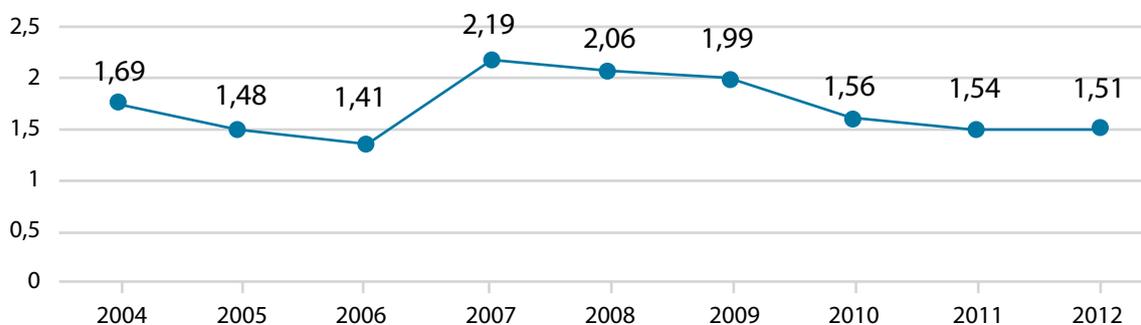
97. A hanseníase é uma doença crônica proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram o quadro dessa doença, que atualmente pode ser tratada e curada.

98. Em 2012, a OMS apontou que o Brasil era o segundo país com maior número de casos novos de hanseníase no mundo. Aduzo que três países foram responsáveis por 83% dos casos novos detectados em 2011: Índia (58%), Brasil (16%) e Indonésia (9%).

99. A OMS estabeleceu como meta o atingimento do patamar de menos de um caso de hanseníase para cada 10 mil habitantes. O gráfico a seguir ilustra o comportamento do

coeficiente de prevalência (relação entre o número total de casos de uma doença, novos e antigos, e a população no mesmo local e período) da hanseníase no Brasil.

Gráfico 31: Taxa de prevalência da hanseníase no Brasil (por 10 mil habitantes) (2004-2012)



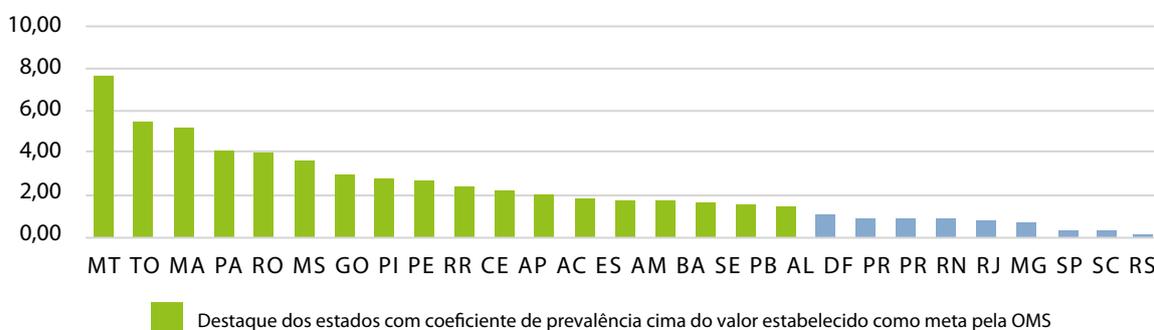
Fonte: Tabnet: Indicadores e Dados Básicos/MS (20/01/2015)

100. Note-se que a magnitude da endemia pode ser classificada pelo coeficiente de prevalência: baixo (menor que 1,0), médio (1,0 a 4,9), alto (5,0 a 9,9), muito alto (10,0 a 19,9) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20,0). Desse modo, o Brasil tem apresentado um nível médio de magnitude da doença no período acima retratado.

101. O gráfico a seguir evidencia a distribuição dos coeficientes de prevalência no país em 2012. Observa-se que Mato Grosso, Tocantins e Maranhão apresentaram um nível alto de magnitude da doença. Por outro lado, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Paraná e Distrito Federal apresentaram um nível baixo, com taxas inferiores a um caso por dez mil habitantes.

102. Os altos níveis da endemia estão correlacionados a condições socioeconômicas desfavoráveis, habitação precária e baixa escolaridade. Logo, as diferenças entre as unidades da Federação mencionadas no parágrafo anterior podem decorrer da diversidade de estágios de desenvolvimento.

Gráfico 32: Taxa de prevalência da hanseníase por UF (por 10 mil habitantes) (2012)



Destaque dos estados com coeficiente de prevalência cima do valor estabelecido como meta pela OMS

Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS (20/01/2015)

103. O diagnóstico tardio da hanseníase pode ocasionar sérias deformidades e incapacidades físicas. Em 2013, cerca de 30% dos casos novos detectados já apresentavam algum grau de incapacidade.

104. A proporção de cura dos novos casos de hanseníase permite avaliar a qualidade do atendimento aos portadores dessa doença e a efetividade dos serviços de saúde para assegurar a adesão ao tratamento. Segundo o Ministério da Saúde, entre 2008 e 2009, a taxa de sucesso experimentou um crescimento. Contudo, a partir de 2009, houve uma redução nessa taxa, que passou de 87,12% para 80,02% em 2012.

105. Outro aspecto importante é a proporção de pessoas examinadas entre as que mantêm contato domiciliar com portadores de hanseníase diagnosticados no ano. Essas informações permitem avaliar a capacidade dos serviços de saúde para reduzir o número de contágios. O Ministério da Saúde informou que essa proporção aumentou de 54,43% em 2008 para 74,39% em 2012.

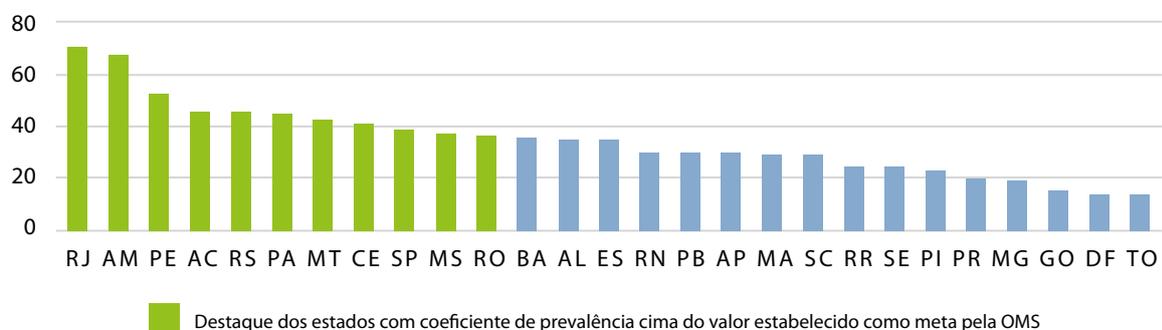
IV.4.2. Tuberculose

106. A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, que atinge prioritariamente os pulmões, mas pode afetar outros órgãos, tais como ossos, rins e meninge. A doença é transmitida principalmente por via aérea. O Brasil está entre os 22 países que concentram 82% da carga global dessa doença.

107. A OMS estabeleceu, como metas a serem alcançadas até 2015, a redução em 50% da incidência e das mortes decorrentes da tuberculose em relação a 1990. No Brasil, a taxa de incidência diminuiu em 20,55% no decorrer de onze anos: de 44,02 (2002) para 34,97 casos por 100 mil habitantes (2013).

108. Saliento que, em 2012, Rio de Janeiro, Amazonas e Pernambuco apresentaram as maiores taxas de incidência: 70,57; 67,64 e 52,21 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

Gráfico 33: Taxa de incidência da tuberculose por UF (por 100 mil habitantes) (2012)

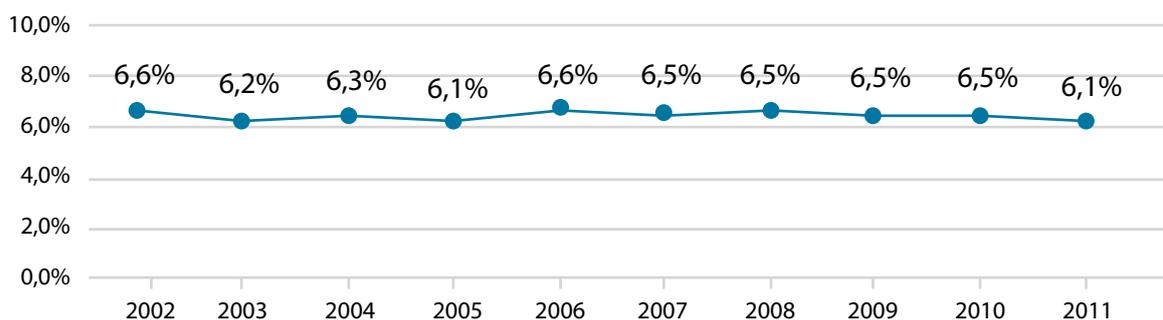


Destaque dos estados com taxa de incidência acima da média do país em 2012

Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS (20/01/2015)

109. De acordo com a OMS, a tuberculose é classificada como a segunda principal causa de morte por doença infecciosa no mundo, depois do HIV/AIDS. No Brasil, a letalidade da tuberculose (relação entre o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal doença no mesmo local e período) manteve-se em torno de 6% nos últimos anos, conforme apresentado no gráfico a seguir. Em números absolutos, foram 4.495 óbitos em decorrência da doença em 2011. Atualmente, a taxa de mortalidade é um dos indicadores do desempenho do programa de controle da doença, uma vez que praticamente todos os acometidos por ela podem se curar, desde que haja um diagnóstico precoce e o tratamento seja corretamente administrado.

Gráfico 34: Letalidade da tuberculose (%) (2002-2011)



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, SAGE/MS (02/02/2015)

110. A OMS recomenda que os países alcancem 85% de taxa de cura. A partir de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, verificou-se que a proporção de cura se manteve relativamente constante entre os anos de 2008 (74,52%) e 2011 (73,87%). Assim sendo, o Brasil precisa aperfeiçoar o diagnóstico e o tratamento dessa doença.

111. Por fim, cabe destacar que os doentes de AIDS possuem maior probabilidade de desenvolver a tuberculose, que é a primeira causa de óbito desses pacientes no Brasil. Assim, é necessária a identificação precoce de casos de HIV positivo. Conforme informado pelo Ministério da Saúde, de 2008 a 2012, a proporção de exames para detectar a presença de HIV nas pessoas que apresentavam casos novos de tuberculose teve gradual acréscimo nos três primeiros anos, de 51% (2008) para 64% (2011), e ligeira redução em 2012, quando registrou 61%.

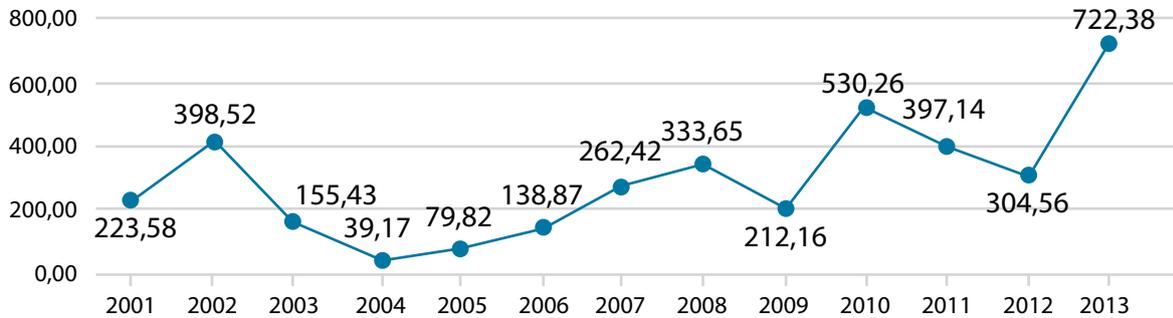
IV.4.3. Dengue

112. A dengue é uma doença transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. O paciente geralmente apresenta febre aguda e pode desenvolver um amplo espectro clínico que pode ser de curso benigno ou evoluir para a forma grave dessa moléstia, que é potencialmente fatal. A doença está associada a temperaturas mais elevadas, pluviosidade e umidade do ar.

113. A taxa de incidência da dengue em relação a 100 mil habitantes oscilou bastante ao longo dos últimos anos no Brasil, com picos em 2002, 2010 e 2013. Em um intervalo de doze

anos, entre altas e baixas, houve aumento em 223% desses números: de 223,58 para cada 100 mil habitantes em 2001 para 722,38, em 2013.

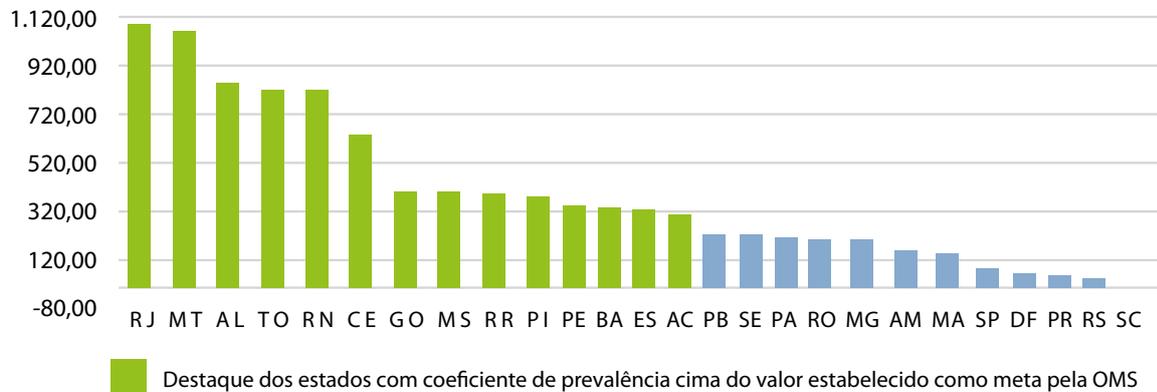
Gráfico 35: Taxa de incidência da dengue no Brasil (por 100 mil habitantes) (2001-2013)



Fonte: SAGE/MS (29/01/2015)

114. A incidência da doença está ligada às diferentes características ambientais, climáticas e sociais de cada local. No gráfico abaixo, é possível observar a distribuição desigual da dengue no Brasil em 2012. Naquele ano, Rio de Janeiro e Mato Grosso apresentaram os coeficientes mais altos, acima de 1.000 casos por 100 mil habitantes. Em contrapartida, Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentaram coeficientes baixos, inferiores a 1,5 casos por 100 mil habitantes.

Gráfico 36: Taxa de incidência da dengue por UF (por 100 mil habitantes) (2012)

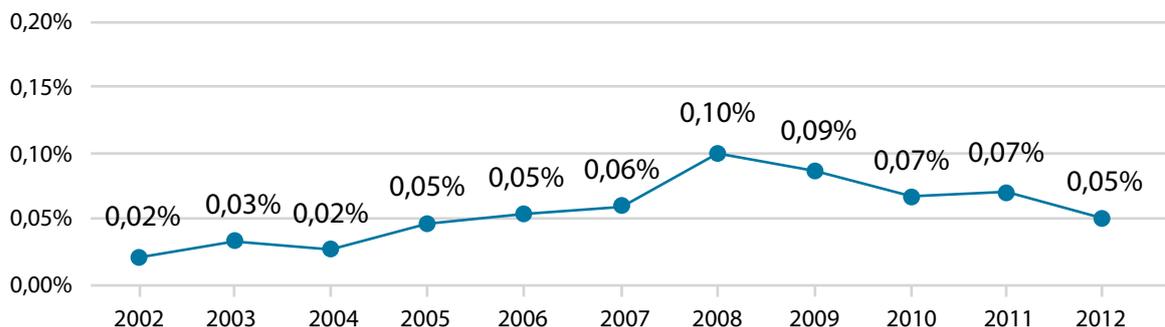


Destaque dos estados com taxa de incidência acima da média do país em 2012

Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS (29/01/2015)

115. A OMS registra que a mortalidade por dengue pode ser reduzida a zero se os pacientes gravemente enfermos acessarem os serviços de saúde a tempo de receberem atendimento clínico adequado. No Brasil, a mortalidade da dengue apresentou oscilações nos últimos anos, com maiores números de óbitos nos períodos de maior incidência da doença. Quanto à letalidade, a maior registrada foi em 2008, de 0,10%, conforme apresentado a seguir. Em números absolutos, no ano de 2012 e 2013, foram 283 e 674 óbitos, respectivamente.

Gráfico 37: Letalidade da dengue (%) (2002-2012)



Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS, SAGE/MS (29/01/2015)

IV.4.4. Malária

116. A malária é uma doença transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, que causa consideráveis perdas sociais e econômicas. Em geral, essa moléstia está associada a condições precárias de habitação e saneamento.

117. Segundo a OMS, em 106 países ocorre a transmissão contínua da malária. Em 55 deles, inclusive no Brasil, deve ser atingida a meta de reduzir em 75% as taxas de incidência até 2015, em relação aos níveis observados no ano 2000.

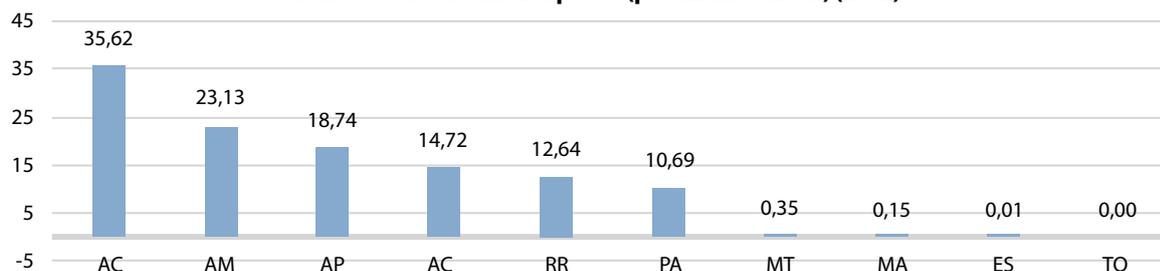
118. Um dos indicadores utilizados para avaliar a incidência dessa doença é o Índice Parasitário Anual (IPA), que é definido pelo número de exames positivos por mil habitantes. O risco de contrair malária é considerado baixo (IPA de 0,1 a 9,9), médio (IPA de 10,0 a 49,9) ou alto (IPA maior ou igual a 50,0).

119. Apesar de o referido índice ter atingido um pico em 2005 (3,25), o IPA da malária no Brasil foi reduzido em 39,5% em um intervalo de dez anos, tendo passado de 2,0 exames positivos por mil habitantes em 2002 para 1,21 em 2012.

120. Assim sendo, a incidência da doença no Brasil é considerada baixa. Contudo, em algumas áreas do país, a realidade é bem diferente. Por exemplo, em 2012, o IPA relativo ao Acre, estado que apresentou o maior índice naquele ano, atingiu 35,62 exames positivos por mil habitantes.

121. A área endêmica da malária se concentra no Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima e Pará, que apresentam risco médio para essa doença. Já os demais estados apresentam números ínfimos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde pretende reduzir o IPA de malária na região amazônica para 6,3.

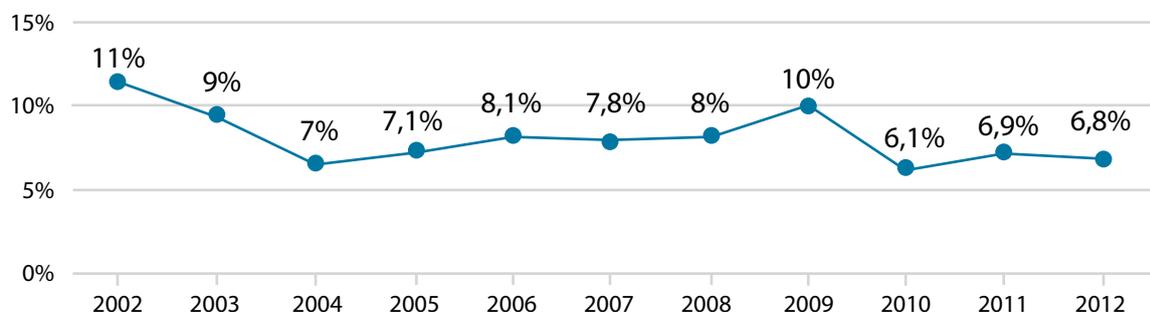
Gráfico 38: IPA da malária por UF (por mil habitantes) (2012)



Fonte: TABNET: Indicadores e Dados Básicos/MS (05/02/2015)

122. A letalidade da malária oscilou significativamente nos últimos anos no Brasil, como se observa no gráfico abaixo. As maiores taxas foram registradas em 2002 e 2009 (11% e 10%, respectivamente). Em 2012, houve 63 óbitos, o que ocasionou um índice de letalidade de 6,8%.

Gráfico 39: Letalidade da malária (%) (2002-2012)



Fonte: Sinan/MS, SAGE/MS (05/02/2015)

IV.4.5. Leishmaniose visceral

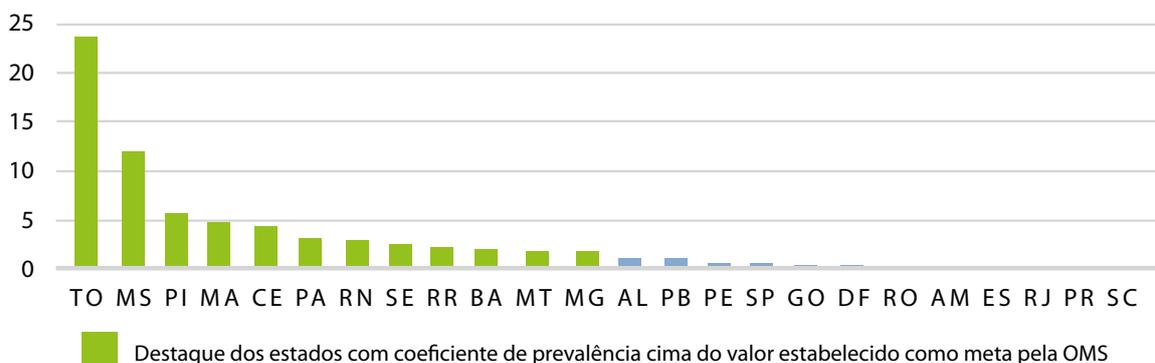
123. As leishmanioses são causadas por protozoários parasitas. Existem três formas principais da doença: cutânea, mucocutânea e visceral. Segundo a OMS, a leishmaniose visceral é a mais grave, pois afeta órgãos vitais do corpo. A doença é transmitida pela picada dos vetores infectados pela *Leishmania chagasi*. Quando não tratada, essa moléstia pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.

124. A doença era caracterizada, primariamente, como uma zoonose eminentemente rural. Recentemente, expandiu-se nas áreas urbanas. Segundo a OMS, mais de 90% dos casos de leishmaniose visceral ocorrem em seis países: Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia, Sudão do Sul e Sudão.

125. A taxa de incidência da leishmaniose visceral no Brasil aumentou significativamente nos últimos anos. Entre 2001 e 2004, esse índice passou de 0,59 para 1,81 casos novos por 100 mil habitantes. Depois desse período, houve oscilações ao longo dos anos, com picos em 2008 (1,89) e 2011 (1,86) e queda em 2012 (1,42).

126. Em 2012, Tocantins e Mato Grosso do Sul apresentaram as taxas mais altas, 23,77 e 11,86 casos novos por 100 mil habitantes, respectivamente. Já Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Amazonas e Rondônia apresentaram coeficientes inferiores a 0,15 casos por 100 mil habitantes.

Gráfico 40: Taxa de incidência da leishmaniose visceral por UF (por 100 mil habitantes) (2012)

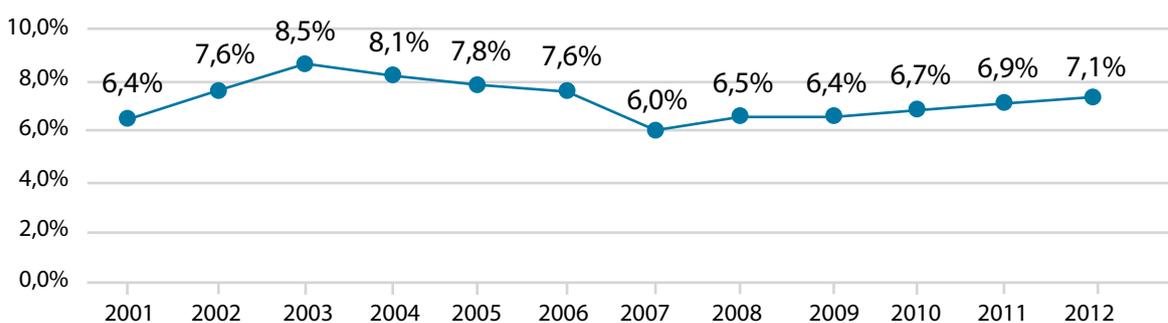


Destaque dos estados com taxa de incidência acima da média do país em 2012

Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos/MS (09/02/2015)

127. A letalidade da leishmaniose visceral no Brasil oscilou de 2001 a 2012. O maior índice foi encontrado em 2003, quando atingiu 8,5%. Em 2012, foram 216 óbitos, o que correspondeu à letalidade de 7,1%. O Ministério da Saúde pretende reduzir em 20% esse índice nos municípios e regiões que registrem oito ou mais óbitos. Naqueles com até sete óbitos, a redução deve ser de um óbito em cada município e região.

Gráfico 41: Letalidade da leishmaniose visceral (%) (2001-2012)



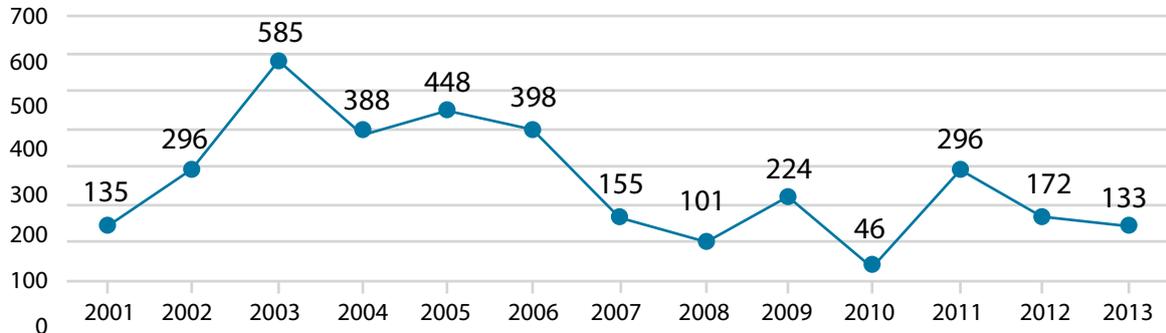
Fonte: Tabnet – Indicadores e Dados Básicos, SAGE/MS (09/02/2015)

IV.4.6. Doença de Chagas

128. A Doença de Chagas decorre da infecção produzida pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Têm sido detectados surtos relacionados à ingestão de alimentos contaminados e casos isolados de transmissão vetorial extradomiciliar.

129. O número de casos confirmados da doença em sua forma aguda apresentou oscilações no intervalo de 2001 a 2013, como se observa no gráfico abaixo:

Gráfico 42: Casos confirmados da doença de Chagas aguda por ano do 1º sintoma (2001-2013)

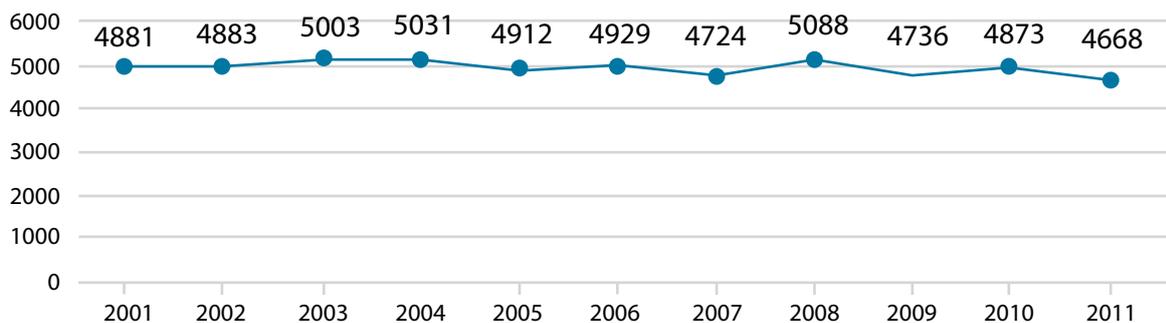


Fonte: SAGE/MS (09/03/2015)

130. De acordo com o Ministério da Saúde, existem no Brasil três milhões de indivíduos infectados, a imensa maioria com a forma crônica da doença. Nos últimos anos, a ocorrência dessa doença tem sido predominantemente observada na Amazônia Legal, havendo a notificação de casos isolados em outros estados.

131. Em 2011, foram registrados 4.668 óbitos decorrentes dessa doença, uma redução de 4,5% em relação a 2001. Não foi possível calcular a letalidade da doença devido à falta de dados acessíveis.

Gráfico 43: Evolução do número de óbitos causados pela doença de Chagas (2001-2011)



Fonte: SAGE/MS (10/02/2015)

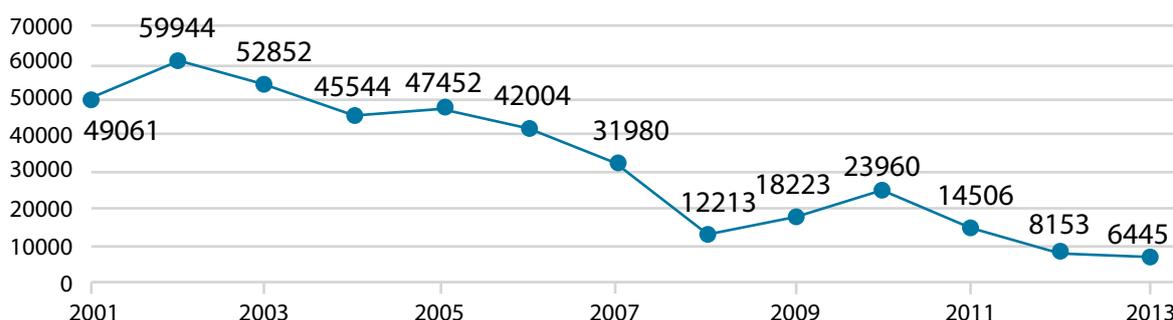
IV.4.7. Esquistossomose

132. A esquistossomose é uma doença parasitária causada por vermes do gênero *Schistosoma* mansoni. Inicialmente assintomática, pode evoluir para formas clínicas extremamente graves e levar o paciente a óbito. Sua ocorrência está associada ao clima tropical e é registrada em 54

países, principalmente na África e na América. No Brasil, os casos estão diretamente ligados à presença dos moluscos transmissores. A maior incidência da doença está relacionada à falta ou à inadequação do saneamento básico. Há outros fatores de risco, como o baixo nível socioeconômico e o grau insuficiente de educação e informação da população.

133. No período de 2001 a 2013, o número de casos de esquistossomose no Brasil caiu de 49 mil para 6 mil casos, uma redução em 87%.

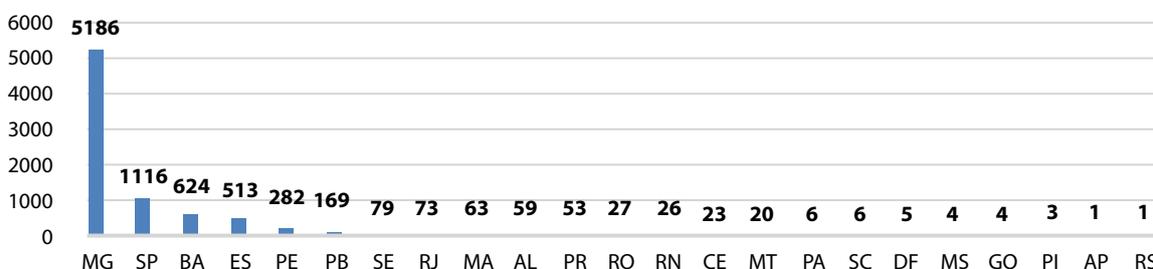
Gráfico 44: Casos confirmados de esquistossomose por ano do 1º sintoma (2001-2013)



Fonte: SINAN/MS (09/03/2015)

134. Em 2012, o maior número de casos da doença foi observado em Minas Gerais, São Paulo, Bahia e Espírito Santo.

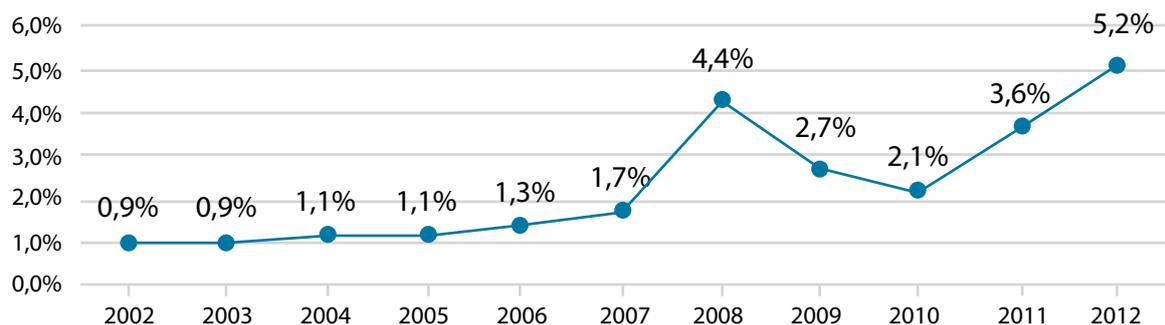
Gráfico 45: Casos confirmados de esquistossomose por UF (2012)



Fonte: SINAN/MS (11/02/2015)

135. A letalidade dessa doença aumentou entre 2002 e 2008, por conta da considerável redução do quantitativo de casos e da pequena variação do número de óbitos. Entre 2008 e 2010, houve uma queda desse índice, que foi seguida por uma elevação muito significativa até o ano de 2012, quando o referido indicador atingiu 5,2%, equivalentes a 426 óbitos.

Gráfico 46: Letalidade da esquistossomose (%) (2002-2012)



Fonte: Vigilância da Esquistossomose Mansoní: Diretrizes Técnicas. Ministério da Saúde. 4ª edição – 2014/MS, SINAN/MS (09/03/2015)

V – Temas acompanhados pelo TCU

V.1. Cartão SUS

136. O Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão SUS, está previsto nos normativos desde a segunda metade da década de 1990. Sua implementação visa à consecução de dois objetivos principais. O primeiro se refere à alimentação adequada da base de usuários do Sistema Único de Saúde, o que possibilitará identificar o gestor de saúde responsável e o conjunto de serviços de atenção à saúde prestado a esses usuários. Já o segundo está relacionado ao registro dos dados dos atendimentos prestados e à disponibilização de informações confiáveis para os agentes responsáveis pela formulação de políticas públicas de saúde. Pretende-se, assim, melhorar a gestão do SUS e a qualidade dos atendimentos prestados ao público.

Figura 3: Cartão SUS – objetivos e gastos



137. O Ministério da Saúde destinou recursos oriundos do projeto Reforsus, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, para custear as ações necessárias à implantação do Cartão SUS. Contudo, tais ações foram praticamente paralisadas no primeiro semestre de 2003, tendo sido alegada a necessidade de migrar os sistemas proprietários para software livre. Contudo, cabe ressaltar que o Ministério era proprietário de todo o código fonte produzido no âmbito do projeto piloto.

138. Em seguida, por meio da Portaria SAS/MS nº 174/2004, foi determinado que, nos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigissem autorização prévia, houvesse obrigatoriamente a identificação dos usuários por meio do número do Cartão SUS. Com isso, as instituições de saúde públicas e conveniadas passaram a cadastrar os usuários que não sabiam informar o número do cartão no ato do atendimento. Foi adotada uma numeração provisória, o que resultou na proliferação de cadastros duplicados, estimados em 27% dos registros, em 2011, a qual é considerada hoje um dos maiores problemas enfrentados pelo Cadastro Nacional de Usuários do SUS.

139. Nos anos seguintes ao término do projeto piloto, não houve evolução significativa na implantação do Cartão SUS, apesar do grande volume de gastos efetuados no âmbito das Ações Orçamentárias 3914 (Implantação do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS) e 6152 (Cartão Nacional de Saúde), demonstrados na tabela a seguir.

Tabela 7: Cartão SUS – despesa liquidada (2001-2014)

Ano	Valor (R\$)
2001	38.902.826,98
2002	68.885.440,07
2003	41.168.740,57
2004	68.728.684,12
2005	74.995.064,90
2006	65.066.815,00
2007	27.468.903,45
2008	21.402.288,88
2009	67.082.293,15
2010	31.669.394,61
2011	15.850.171,45
2012	30.939.218,74
2013	59.245.770,44
2014	31.001.301,64
TOTAL	642.406.914,00

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) e Portal Orçamento do Senado Federal.

140. Vários problemas foram relatados ao longo dos anos como causas do insucesso na implantação do Cartão SUS, tais como: sistemas independentes de cadastramento de

usuários utilizados por vários municípios sem integração com o cadastro nacional; expansão não planejada; emissão centralizada do cartão pelo Ministério da Saúde e dificuldades de entrega do cartão definitivo ao seu proprietário e problemas na transmissão dos cadastros para a base de dados federal.

141. Uma vez que a materialidade dos recursos públicos aplicados desde o início do projeto contrastava com a ausência de resultado das ações, o Tribunal realizou fiscalizações, em 2009 e 2011, que apontaram os seguintes riscos:

1. transformação do Cartão SUS em apenas um cadastro de usuários e seus domicílios;
2. sucateamento e obsolescência dos equipamentos adquiridos no projeto piloto;
3. utilização do número do Cartão SUS para fraudar internações e procedimentos de alto custo;
4. perda do conhecimento adquirido no treinamento ministrado sobre a operação do sistema do Cartão SUS; e
5. deslocamento dos recursos humanos treinados para outras atividades.

142. No que concerne à situação atual, o Ministério da Saúde informou que:

1. quinze sistemas estratégicos de informação operam de forma integrada com a base de dados do cartão, estando prevista a integração de mais treze sistemas até o final de 2015. O desenvolvimento e a disponibilização desses sistemas para estados e municípios têm sido discutidos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A par disso, aquele ministério ofereceu aos entes federados o acesso ao web service do Cartão Nacional de Saúde;
2. no final de 2014, os municípios de São Paulo/SP, Fortaleza/CE, Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ, Blumenau/SC e Goiânia/GO iniciaram o processo de integração dos seus sistemas de cadastro;
3. naquela época, a base de dados nacional do cartão contava com cerca de 124 milhões de registros, o que representava o atingimento da meta estabelecida na Programação Anual de Saúde de 2014;
4. o Sistema de Cadastro de Usuários do SUS (CADSUS Web) foi modernizado, tendo sido adquirida uma ferramenta de higienização de dados, a fim de evitar a duplicação de informações. Além disso, os cadastros estão sendo validados a partir da base de dados da Secretaria da Receita Federal;

5. em 2013, foi lançado o Portal de Saúde do Cidadão, no qual é possível acessar informações sobre o cadastro no SUS, emitir o Cartão Nacional de Saúde e consultar informações relativas à internação hospitalar, aos procedimentos de média e alta complexidade, aos ambulatoriais e à dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular. O acesso a essas informações é restrito ao usuário e a médicos autorizados. Além disso, o usuário pode cadastrar nesse portal dados relacionados à sua saúde, como doenças crônicas ou alergias, ou anexar laudos de exames já realizados, permitindo à equipe de saúde que o atende ofertar um tratamento mais adequado; e
6. o sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que está em fase de implantação nos municípios, reestruturará as informações da Atenção Básica em nível nacional e permitirá o uso do prontuário eletrônico do cidadão.

143. Conclui-se que foram adotadas medidas necessárias à utilização segura do Cartão Nacional de Saúde. As elevadas expectativas geradas em torno desse cartão se justificam pelos significativos impactos positivos que ele pode provocar no SUS, uma vez que, ao identificar com segurança o usuário desse sistema, ele permite criar vínculos entre o usuário, o profissional e a unidade de saúde onde foram realizadas as ações e serviços. Além disso, ele fornece informações relevantes para as tomadas de decisão dos gestores. Em razão disso, o Tribunal dará continuidade ao monitoramento que vem sendo realizado.

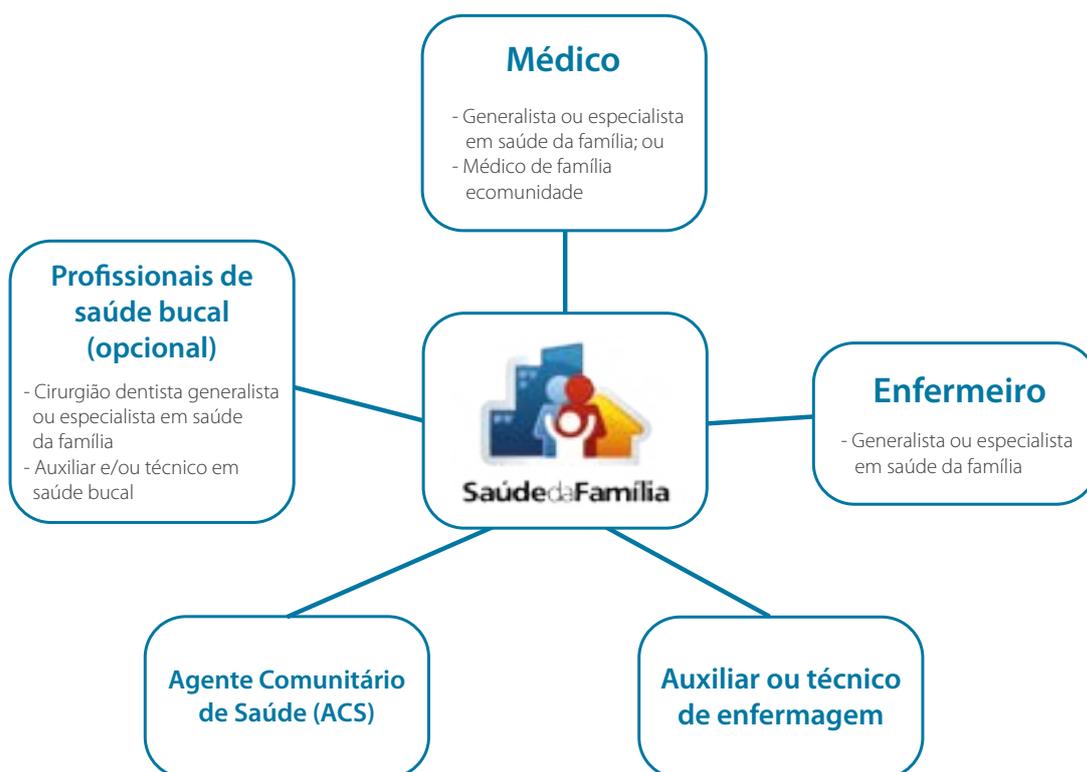
V.2. Atenção Básica

144. No Brasil, a Atenção Básica ou atenção primária, é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seu principal objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.488/2011.

145. A Atenção Básica deve ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Seus princípios orientadores são a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social.

146. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expandir e consolidar a Atenção Básica. Consoante o disposto na Portaria GM/MS nº 2.488/2011, um dos itens necessários para o desenvolvimento da Estratégia da Saúde da Família é a existência de uma equipe multiprofissional, denominada equipe de saúde da família.

Figura 4: Composição da equipe de Saúde da Família



147. Essas equipes devem atuar em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde da comunidade. O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. Ainda conforme a PNAB, cada equipe deve ser responsável, por, no máximo, quatro mil pessoas (a média recomendada é de três mil pessoas).

148. No âmbito do SUS, a administração municipal deve garantir a Atenção Básica em saúde. Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pela organização e execução das ações de saúde em unidades próprias localizadas em seu território. Ao Ministério da Saúde compete definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da política; garantir o aporte de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica e fornecer apoio institucional aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e consolidação da Atenção Básica.

149. Em 2009, o TCU realizou auditoria operacional com o objetivo de avaliar a gestão dos recursos federais repassados aos municípios para a prestação da Atenção Básica, a qual apontou:

1. deficiências nos sistemas de planejamento dos municípios, em especial em 28 dos 56 municípios visitados;

2. falhas na disponibilização aos usuários da “Estratégia Saúde da Família” de serviços especializados (apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar);
3. deficiências no processo de capacitação continuada dos profissionais da “Estratégia Saúde da Família”;
4. inconsistências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), utilizado para calcular os valores a serem repassados para o custeio das equipes, e no Sispecto, que é a base das informações utilizadas no acompanhamento dos indicadores de saúde dos municípios no âmbito do Pacto pela Saúde;
5. falta de equipamentos e insumos necessários para a realização dos trabalhos das equipes de Atenção Básica;
6. dificuldades para atrair ou fixar profissionais na Atenção Básica;
7. precarização das relações de emprego entre a administração pública e os membros das Equipes de Saúde da Família (ESF);
8. não cumprimento da carga horária semanal de quarenta horas, prevista na Política Nacional de Atenção Básica, que foi normatizada pela Portaria GM/MS nº 648/2006. Esse descumprimento era mais frequente entre os médicos;
9. falhas no acompanhamento e na avaliação das ações e dos resultados do trabalho desenvolvido pelas ESF; e
10. falhas no desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, tais como a ausência de realização regular de ações educativas de promoção da saúde pelas ESF.

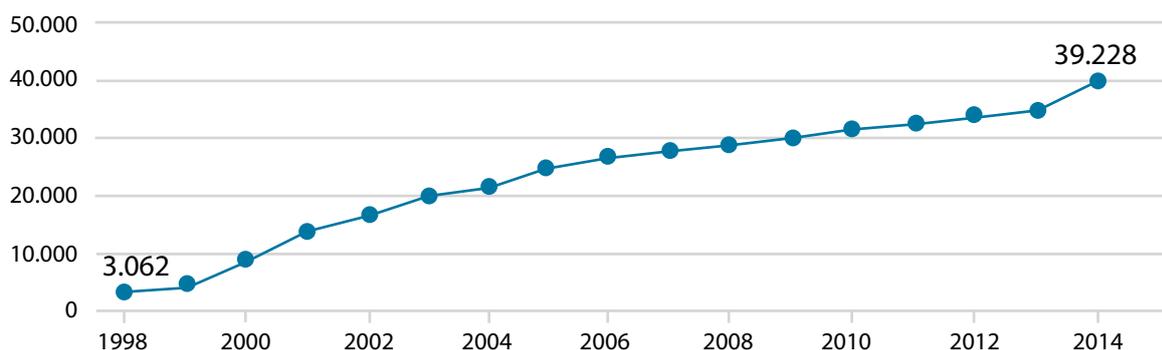
150. Por outro lado, foi constatado que as atividades desenvolvidas estavam interferindo positivamente na evolução de indicadores sensíveis à Atenção Básica. Nesse contexto, por meio do Acórdão nº 1.188/2010 – Plenário, foram expedidas recomendações e determinações para o Ministério da Saúde.

151. Quando do monitoramento das determinações e recomendações expedidas, o TCU verificou que o Ministério da Saúde priorizou o repasse de recursos para melhorar a infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde nas quais as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal já estavam atuando, o que atendeu à recomendação constante do Acórdão nº 1.188/2010 – Plenário, acima citado.

152. Cumpre destacar que, após a auditoria operacional realizada pelo TCU:

1. houve um aumento de 27% no número de Equipes de Saúde da Família, que passou de 31.153 em dezembro de 2009 para 39.555 em dezembro de 2014;

Gráfico 47: Evolução do número de equipes de Saúde da Família (1998-2014)



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde

153. Cabe salientar, ainda, que a proporção da cobertura da Saúde da Família estimada no Brasil passou de 6,55%, em 1998, para 62,37%, em 2014. Atualmente, o Nordeste possui o maior percentual de cobertura populacional pelas equipes de saúde da família (79,65%).

154. Desde a realização da auditoria operacional, acima citada, houve avanços no processo de avaliação dos trabalhos das equipes da estratégia Saúde da Família. A Portaria GM/MS nº 1.654/2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

155. Ademais, foram aperfeiçoados os instrumentos de pactuação. O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, estabeleceu um novo instrumento de colaboração entre os entes federativos: o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Nesse contrato, são definidas responsabilidades, indicadores e metas de saúde.

156. O último monitoramento, realizado em 2014, apresentou as principais medidas adotadas rotineiramente pelo Ministério da Saúde para fortalecer a prestação dos serviços de Atenção Básica pelos municípios, quais sejam:

1. participação em congressos nacionais de secretários de saúde e nos conselhos Nacional de Secretários de Saúde – Conass, Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems e Secretarias Municipais de Saúde – Cosem, com o intuito de fornecer orientações de cunho normativo;
2. realização de oficinas de planejamento no SUS para gestores;
3. discussões sobre o tema na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
4. obrigatoriedade de inclusão do Plano Municipal de Saúde no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) do ministério;

5. incentivo à regularização dos vínculos dos profissionais da estratégia Saúde da Família nos municípios; e
6. alteração de normativos para ampliar o aporte de recursos a municípios que possuem equipes de profissionais com vínculos empregatícios regularizados.

157. A Atenção Básica passa por um processo de evolução, que necessita de continuidade, com o fito de possibilitar o cumprimento pleno de sua função de ordenadora do sistema de saúde. Assim sendo, esforços contínuos do Ministério da Saúde nesse sentido são demandados.

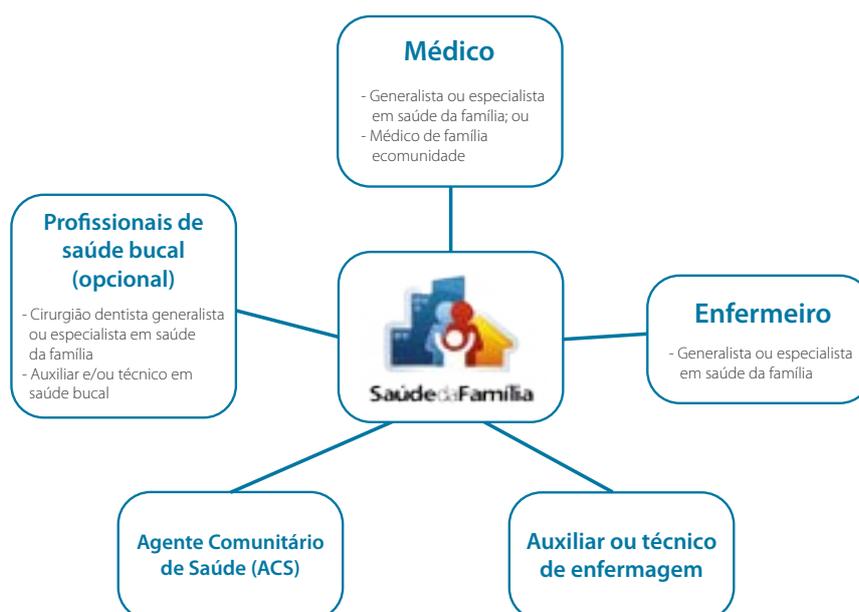
V.3. Ressarcimento ao SUS

158. A Constituição de 1988 definiu o SUS como público e universal, ao mesmo tempo em que previu a assistência à saúde como livre à iniciativa privada. Assim, desde a sua concepção, o SUS coexiste com um crescente e consolidado mercado de planos e seguros privados de saúde.

159. Muitas vezes, apesar de possuir planos privados, uma parcela da população precisa recorrer ao SUS para ter acesso a serviços de saúde. Nesse caso, as operadoras de planos de saúde devem ressarcir os cofres públicos pelos valores gastos nos serviços previstos nos respectivos contratos, que houverem sido prestados aos beneficiários e respectivos dependentes em instituições integrantes do SUS, nos termos da Lei nº 9.656/1998.

160. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem competência para realizar a cobrança dos valores relativos ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde. Na figura abaixo é apresentado o processo de ressarcimento:

Figura 5: Esquema de processo de ressarcimento ao SUS



Fonte: Relatório de Gestão da ANS 2014

161. De acordo com o IBGE e a ANS, 25,5% da população brasileira possuía planos de saúde em 2013. Em 2014, a taxa de cobertura foi elevada para 26,2% da população brasileira. A tabela a seguir apresenta as taxas de cobertura dos planos de saúde por região em 2013 e 2014:

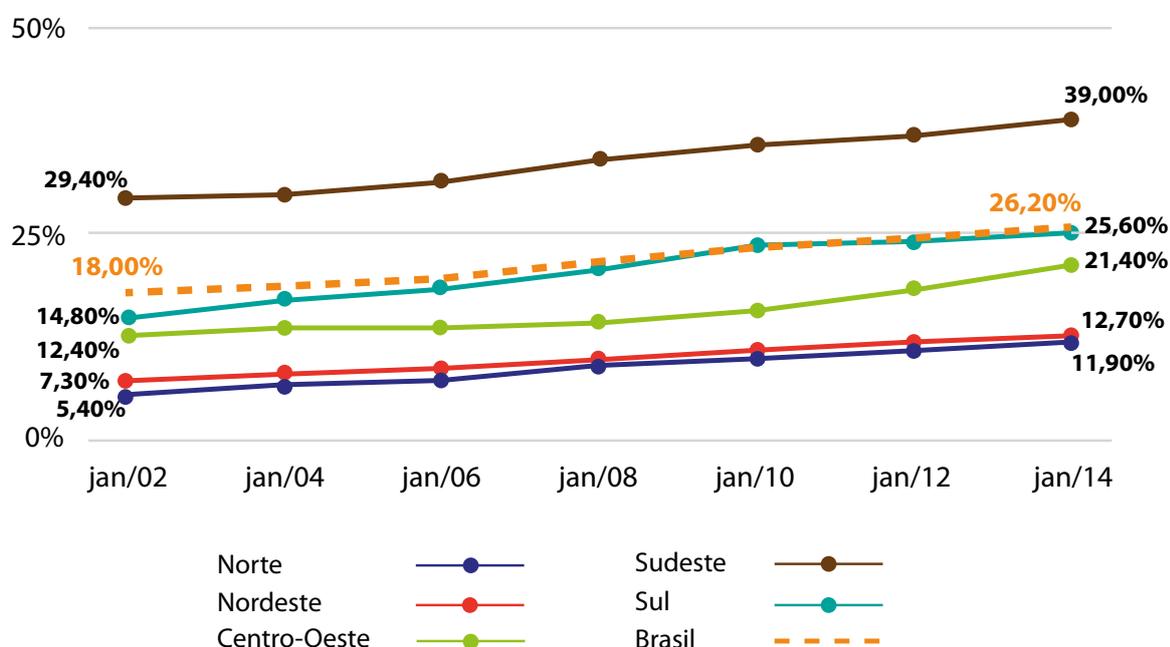
Tabela 8: Taxa de cobertura dos planos de saúde por região (2013-2014)

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
dez/13	11,5%	12,3%	38,4%	24,7%	19,7%	25,5%
dez/14	11,9%	12,7%	39%	25,6%	21,4%	26,2%

Fonte: Sistema Tabnet/ANS (acesso em fevereiro de 2015)

162. No gráfico abaixo, pode-se verificar o crescimento da parcela da população, em especial na região Sudeste do país, que contrata planos e seguros de saúde privados.

Gráfico 48: Percentual da população assegurada por planos privados de saúde (2002-2014)



Fonte: Sistema Tabnet/ANS (acesso em fevereiro/2015)

163. Em 2008, o TCU realizou auditoria com o objetivo de avaliar a sistemática adotada pela ANS com vistas a obter o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de saúde dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de saúde. O achado mais significativo dessa fiscalização foi que os procedimentos ambulatoriais (desde a administração de vacinas e a realização de exames, consultas médicas ou pequenas cirurgias até a quimioterapia, a hemodiálise e o fornecimento de órteses e próteses) não eram considerados para fins de ressarcimento. A agência só exigia o ressarcimento dos procedimentos realizados quando das internações hospitalares, contrariando o disposto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998.

164. Além da falta de processamento das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/ Custo (APAC), também foram constatados os seguintes problemas:

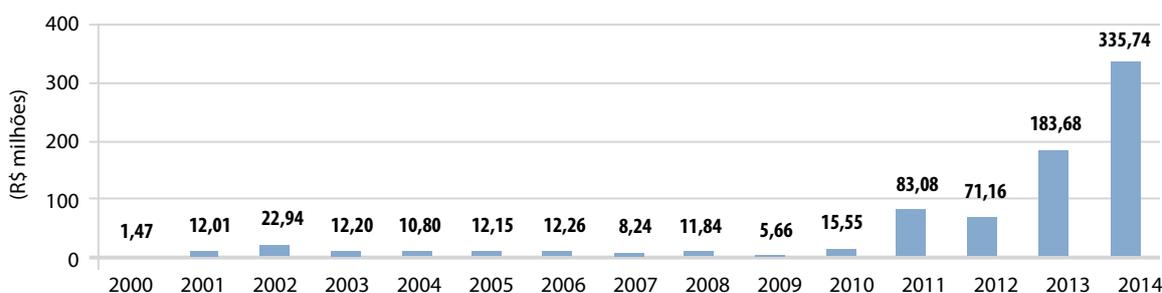
1. atrasos nas cobranças, que aumentavam o risco de prescrição das dívidas;
2. carência de pessoal no setor de cobrança da ANS;
3. fragilidade dos controles internos da agência;
4. falta de interação entre os diversos sistemas; e
5. falhas na política de segurança da informação implementada na Agência.

165. À época da auditoria, o Tribunal verificou que a ANS já vinha adotando medidas para minimizar as fragilidades apontadas. De modo a contribuir para aprimorar o processo de ressarcimento ao SUS, foram expedidas recomendações e determinações à Agência, por meio dos Acórdãos nº 502/2009 e nº 2.879/2012, ambos do Plenário.

166. Uma das determinações efetuadas foi no sentido de que a ANS procedesse à cobrança das APAC, tendo sido estabelecido um prazo para o seu cumprimento. Posteriormente, por meio do Acórdão nº 40/2015 – Plenário, o Tribunal prorrogou o referido prazo até o dia 31/12/2015.

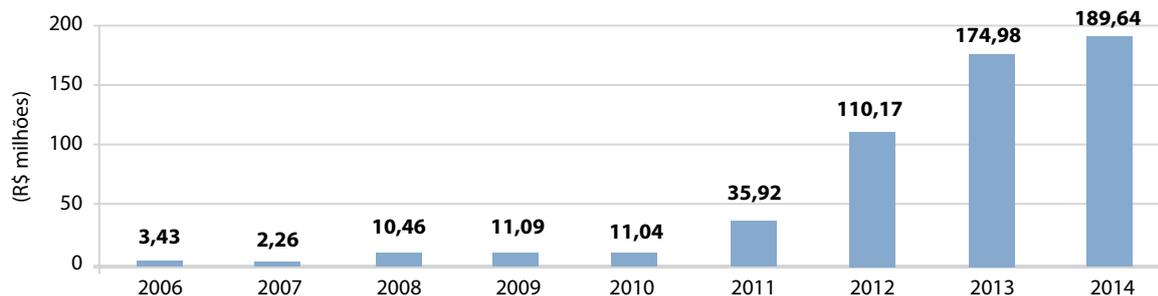
167. De acordo com o Relatório de Gestão da ANS relativo ao exercício de 2014, entre 2011 e 2013, o ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras atingiu R\$ 322 milhões, valor esse duas vezes superior ao que havia sido ressarcido nos dez anos anteriores a esse período. Aduzo que, de janeiro a novembro de 2014, o montante pago pelas operadoras alcançou R\$ 315 milhões, o que representa um aumento de 82% em relação ao total ressarcido em 2013 (R\$ 183 milhões). Segundo a Agência, o volume de recursos ressarcidos cresceu devido à intensificação da cobrança realizada, ao aprimoramento dos processos de gestão e à contratação de novos servidores. Além disso, foi priorizada a inscrição das operadoras inadimplentes na Dívida Ativa e foi determinado que elas incluíssem em seus balanços a dívida oriunda do ressarcimento, além das garantias e provisões para as dívidas atuais e futuras.

Gráfico 49: Ressarcimento ao SUS – receitas realizadas – total arrecadado (2000-2014)



Fonte: Relatório de Gestão da ANS – 2014

Gráfico 50: Ressarcimento ao SUS – inscrição em Dívida Ativa – valor total enviado (2006-2014)



Fonte: Relatório de Gestão da ANS – 2014

168. Verificou-se que muitos avanços ocorreram no que concerne ao ressarcimento ao SUS, com destaque para a reorganização dos processos, tornando os fluxos mais ágeis; a criação de coordenadorias especializadas; a padronização de atividades; a definição de metas e indicadores e a contratação de mão de obra temporária e terceirizada. Adicionalmente, a agência desenvolveu um sistema on-line, que permite a tramitação digital de pedidos de impugnação e recursos nos processos de ressarcimento (PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS), e passou a divulgar a lista de operadoras inadimplentes no Portal da ANS.

169. Cumpre destacar ainda que, em 2014, houve um incremento dos registros dos números do Cartão SUS nas bases de dados da ANS. Atualmente, as bases dessa agência contam com informações relativas a 42,3 milhões de usuários de planos de saúde, dos quais 55% têm registrado os números dos Cartões SUS correspondentes. A identificação unívoca do beneficiário do plano de saúde é essencial para o processo de cobrança do ressarcimento.

170. A Resolução Normativa ANS nº 360, de 3/12/2014, estabeleceu que até o final de 2015 as operadoras devem disponibilizar aos usuários um conjunto padronizado de informações sobre seu plano de saúde, a chamada Identificação Padrão da Saúde Suplementar, entre elas o número do Cartão SUS. A norma objetiva qualificar a identificação dos beneficiários e facilitar a comunicação entre a ANS, as operadoras e os consumidores.

V.4. Medicamentos

171. Em 2014, foram gastos cerca de R\$ 9,1 bilhões com a subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico, que abrange as ações voltadas para a produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral, dos quais 21% foram transferidos para estados e municípios. O valor gasto com a subfunção representou 10,5% dos gastos totais da Função Saúde no mesmo ano.

172. Sobre esse tema, o TCU realizou trabalhos relacionados à Farmácia Básica e à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que serão abordados a seguir.

V.4.1. Farmácia Básica

173. A ação “Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde”, também conhecida como Farmácia Básica, tem por objetivo promover o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos. O modelo adotado para a assistência farmacêutica básica é o da gestão descentralizada, em que cabe aos municípios adquirir e dispensar os medicamentos, sob a coordenação dos estados. O Governo Federal é responsável pela coordenação dos estados e pelo financiamento das ações, por meio de transferência fundo a fundo a esses entes, que devem entregar contrapartida.

174. Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional (TC nº 011.290/2010-2, Acórdão nº 1.459/2011 – Plenário), que foi monitorada pelo Acórdão nº 130/2013 – Plenário. Nessa fiscalização, foram analisadas a implantação e a operacionalização da assistência farmacêutica básica. Em especial, foram avaliados a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde.

175. Os principais achados dessa auditoria foram os seguintes:

1. no âmbito da União: falta de política para orientar as ações e a cooperação entre os entes, desarticulação dos órgãos do Ministério da Saúde responsáveis pelas ações e desperdício de recursos públicos;
2. no âmbito dos estados: descumprimento das atribuições de auxiliar e coordenar os municípios, gestão e planejamento ineficientes, risco de desabastecimento de remédios, armazenamento inadequado de fármacos e desperdício de recursos públicos; e
3. no âmbito dos municípios: gestão e planejamento ineficientes, risco de desabastecimento de remédios, armazenamento inadequado de fármacos e desperdício de recursos públicos.

176. Posteriormente, em 2014, foi realizado um novo monitoramento das determinações e recomendações efetuadas ao Ministério da Saúde por meio do citado acórdão, o qual evidenciou o aperfeiçoamento da execução da ação “Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde”, como se observa na figura a seguir:

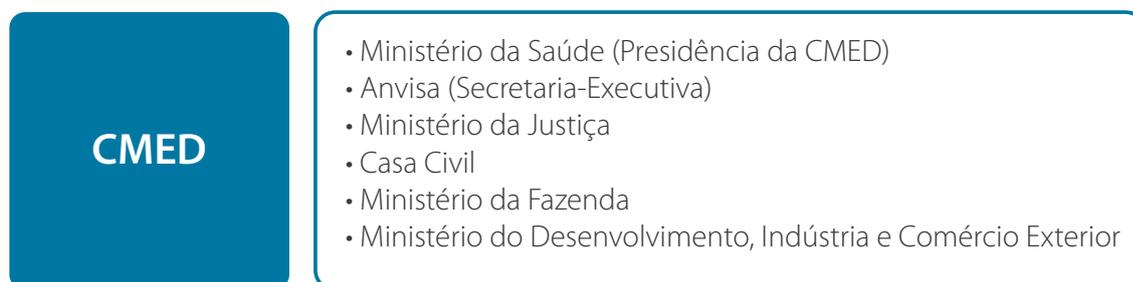
Figura 6: Implementação do Acórdão 1.459/2011-Plenário (Farmácia Básica)

Determinações e recomendações ao Ministério da Saúde	Resultados alcançados até 2014
<p> Determinação: Tornar obrigatório o uso do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) por estados e municípios, liberando o acesso público aos dados.</p>	<p>- Tornou obrigatório o preenchimento do SARGSUS por estados e municípios, com informações sobre recursos aplicados em saúde; auditorias realizadas e suas recomendações/determinações; oferta e produção de serviços de saúde. - Liberou acesso público aos dados do sistema, por meio de consultas por município (www.saude.gov.br/sargsus).</p>
<p> Recomendação: Induzir a boa gestão das ações de assistência farmacêutica e a alimentação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) por estados e municípios. O sistema permite acompanhamento individualizado do uso de medicamentos e o controle da distribuição e do estoque em tempo real.</p>	<p>- Capacitação de 2.044 profissionais de 890 municípios no uso do sistema Hórus. Novos cursos disponibilizados mensalmente pelo Ministério, na modalidade à distância.</p>
<p> Recomendação: Implementar indicadores que incentivem estados e municípios a aprimorar os processos de gestão.</p>	<p>- Criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) para estruturação dos serviços farmacêuticos do SUS, capacitação permanente dos profissionais de saúde e acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações. O programa é objeto de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. - Em 2014, 510 municípios receberam recursos do Qualifar-SUS.</p>

V.4.2. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)

177. A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) é um órgão interministerial do Governo Federal, que é responsável por regular o mercado e estabelecer critérios para a definição e o ajuste de preços do setor farmacêutico no país.

Figura 7: Composição da CMED



178. Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) apontou que as duas principais categorias do gasto das famílias brasileiras com saúde são medicamentos e mensalidades de planos ou seguros de saúde.

179. Além da materialidade evidente do setor, a necessidade de regular o mercado de medicamentos decorre também de fatores que possibilitam o exercício do poder de mercado pelos laboratórios, como a demanda garantida pela essencialidade do produto, o reduzido poder decisório dos consumidores e as patentes que garantem o monopólio para a fabricação e venda de determinados medicamentos.

180. Assim sendo, é necessário que o Governo estabeleça regras e requisitos para a comercialização de remédios, tais como: autorização para a venda, exigência de prescrição médica, restrições à publicidade e fixação dos preços máximos que os laboratórios e as farmácias podem cobrar pelos produtos.

181. Fiscalizações realizadas pelo Tribunal apontaram distorções em alguns preços fixados pela CMED, que se mostraram bastante superiores aos praticados nas compras públicas. Além disso, identificou-se que vários gestores públicos tinham dificuldades em consultar a tabela com os preços máximos.

182. Com o objetivo de avaliar se a atuação regulatória do órgão reduzia os efeitos das falhas de mercado, evitando a prática de preços abusivos, o TCU realizou, em 2012, auditoria operacional na CMED (TC nº 034.197/2011-7). Foram comparados preços registrados em compras governamentais no Brasil e em outros nove países que também realizam algum tipo de controle dos preços.

183. A auditoria concluiu que nas compras públicas eram obtidos preços significativamente inferiores aos registrados pela CMED. Já na comparação internacional, de uma amostra de 50 princípios ativos selecionados com base no maior volume de comercialização no ano de 2010, em 43 deles o Brasil possuía preço registrado acima da média internacional; em 23, o maior preço entre os países pesquisados e em três, o menor.

184. Essa distorção é repassada aos consumidores, pois os preços praticados no varejo também se mostraram, em vários casos, acima da média internacional. O valor total dos medicamentos analisados atingiu R\$ 6,1 bilhões, sendo que R\$ 1,1 bilhão poderia ter sido economizado caso os preços máximos fossem fixados pela média internacional.

185. Em razão disso, o TCU expediu recomendações e determinações ao Ministério da Saúde e à CMED, por meio do Acórdão nº 3.016/2012 – Plenário. No início de 2015, foi realizado um monitoramento do cumprimento dessa deliberação (TC nº 033.232/2014-8), cujos principais resultados são resumidos a seguir:

1. foi recomendado ao Ministério da Saúde que adotasse medidas para induzir a revisão do modelo regulatório (Lei nº 10.742/2003), visando à correção das falhas apontadas. Em atendimento a essa deliberação, foi encaminhado ao Senado Federal, onde se encontra em tramitação, o Projeto de Lei nº 102/2013, que altera a lei anteriormente mencionada, com o objetivo de coibir práticas anticoncorrenciais;

2. foi determinado ao Ministério da Saúde que alertasse estados e municípios quanto à necessidade de realizar pesquisa de preços prévia às licitações para aquisição de medicamentos, tendo em vista a possibilidade de superdimensionamento de preços-fábrica registrados na tabela CMED. Em observância a esse comando:
 - foram encaminhados informativos para a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems;
 - foram realizadas ações educativas em eventos nacionais de prefeitos e secretários municipais de saúde; e
 - foram disponibilizados alertas sobre a matéria no site da Anvisa.
3. foi determinado à CMED que apresentasse uma nova metodologia de cálculo do fator de preços relativos intrasetor, de forma a considerar o poder do mercado no ajuste anual dos preços dos medicamentos. Em resposta:
 - foi criado um Grupo Técnico, no âmbito do Comitê Técnico-Executivo da CMED, para desenvolver a nova metodologia;
 - foi realizada consulta pública acerca de proposta de critérios de composição de preços; e
 - foi iniciada a elaboração de um nova metodologia.
4. foi determinado à CMED que elaborasse uma nova tabela de divulgação dos preços-fábrica, isenta das distorções identificadas na auditoria. Visando atender a essa determinação:
 - foi implantado o Sistema de Acompanhamento do Mercado de Medicamentos (Sammed);
 - foram publicadas as listas de preços, no site da Anvisa, em formato de planilha, o que permite a classificação e a edição de filtros; e
 - foram realizadas iniciativas conjuntas da CMED e da SCTIE/MS para tornar mais acessíveis informações relacionadas aos preços de mercado. e
5. foi recomendado à CMED que avaliasse se o uso do custo de tratamento para fixação dos preços dos medicamentos pode prejudicar a oferta dos fármacos no país. Em atendimento a essa deliberação, estão sendo desenvolvidos estudos.

V.5 – Hemobrás

186. A Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), vinculada ao Ministério da Saúde, foi criada para garantir o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia aos pacientes do SUS. Seu objetivo é reduzir a dependência externa do Brasil no setor de derivados do sangue, por meio da produção de medicamentos essenciais à vida de pessoas com hemofilia, cirrose, câncer ou AIDS; portadoras de imunodeficiência genética ou queimadas. Quando concluída, a fábrica da Hemobrás, que se encontra em construção no município de Goiana/PE, produzirá os seis hemoderivados de maior consumo mundial: albumina, imunoglobulina, Fator VIII, Fator IX, complexo protrombínico e Fator de von Willebrand, além de cola de fibrina.

Figura 8: Importância estratégica da Hemobrás



187. A imunoglobulina, hemoderivado mais demandado no mundo, e o Fator VIII, mais caro e essencial aos hemofílicos, permanecerão com menor percentual de atendimento da demanda do SUS, mesmo após a conclusão da fábrica da Hemobrás (60% e 9%, respectivamente). Para os demais, a previsão é de atendimento de 100% da demanda.

188. A falta de imunoglobulina ocorre no mundo todo, uma vez que a demanda é bem superior à oferta em todos os países. Esse quadro se agrava porque há 130 doenças que podem ser tratadas com ela e sua produção depende da disponibilidade de plasma,

cuja oferta foge ao controle das indústrias. Assim sendo, verifica-se que nenhum país é autossuficiente em imunoglobulina, sendo os Estados Unidos da América e o Canadá os maiores consumidores per capita.

189. Segundo informações constantes do Portal da Hemobrás, em 2013, o Brasil adquiriu 600 milhões de UI/ano de Fator VIII. Em 2017, deverão ser 700 milhões. Cabe destacar que a fábrica, quando estiver operando com sua capacidade plena, só produzirá 65 milhões UI/ano. Para atingir a autossuficiência, seria necessário multiplicar por nove ou dez o número de doações de sangue, o que a empresa entende ser improvável.

190. A Hemobrás celebrou os contratos nº 22/2007, nº 23/2007 e nº 24/2007, com o Laboratoire Français du Fractionnement et des Biotechnologies (LFB S/A), cujos objetos foram a transferência da tecnologia de produção de hemoderivados a partir do plasma brasileiro. Aduzo que o Ministério da Saúde celebrou com o mesmo laboratório o contrato nº 77/2007, com o fito de beneficiar o plasma brasileiro.

**Tabela 9: Contratos celebrados com o LFB
(transferência de tecnologia e produção de hemoderivados)**

Contrato	Objeto	Valor (R\$)
22/2007	Transferência de tecnologia de produção de hemoderivados	230.601.874,32
23/2007	Transferência de tecnologia de produção de hemoderivados	3.856.572,94
24/2007	Transferência de tecnologia de produção de hemoderivados	3.856.572,94
77/2007	Produção de hemoderivados a partir de plasma brasileiro	49.247.445,00

Fonte: DOU e Acórdão nº 1.444/2014 – Plenário

191. Em novembro de 2014, houve o primeiro envio de bolsas de plasma da Hemobrás para o LFB, na França. Nessa primeira remessa, cerca de 33 mil bolsas do produto serão fracionados por esse laboratório, que ficará responsável pela produção dos hemoderivados com plasma brasileiro até que fábrica da Hemobrás seja concluída. As referidas bolsas retornarão ao Brasil e serão distribuídas gratuitamente no âmbito do SUS.

192. Em outubro de 2012, a Hemobrás assinou o contrato nº 40/2012 com a empresa Baxter, no valor original de R\$ 270 milhões, cujo objeto é a transferência da tecnologia de produção do Fator VIII recombinante, obtido por engenharia genética, ou seja, dispensando o plasma humano. A previsão é que o contrato possibilitará ao SUS atender cerca de 90% dos portadores de hemofilia tipo A.

193. O TCU fiscaliza a atuação da Hemobrás, desde as contratações da transferência da tecnologia de produção de hemoderivados a partir do fracionamento industrial de plasma sanguíneo (TC nº 008.749/2011-6, Acórdão nº 1.444/2014 – Plenário) até as obras para construção da fábrica (TC nº 009.033/2009-6, Acórdão nº 3.031/2009 – Plenário e TC nº

002.573/2011-3, Acórdão nº 579/2013 – Plenário). A atuação do Tribunal, entre outros benefícios, resultou na redução de R\$ 10,5 milhões no custo das obras.

194. A transferência de tecnologia para produção de hemoderivados é uma questão delicada, que envolve rígidos protocolos de segurança e uma grande soma de recursos. No caso vertente, houve outros dois complicadores: questões burocráticas e diferenças climáticas entre os dois países.

195. A conclusão das obras estava prevista para 2014 e foi adiada para o período entre 2018 e 2021. Assim sendo, também será postergada a economia que a Hemobrás obterá com a produção própria dos hemoderivados.

196. Por meio do Acórdão nº 1.444/2014 – Plenário, o Tribunal determinou à Hemobrás que apresentasse um plano detalhado de ação, com vistas a eliminar ou mitigar os entraves à conclusão do processo de transferência da tecnologia de hemoderivados, nele considerada a completa implantação da unidade fabril daquela empresa em um tempo menor que o atualmente previsto.

V.6 – Política Nacional de Atenção Oncológica

197. No Brasil, seguindo uma tendência mundial, a taxa de mortalidade por câncer está aumentando. Dados epidemiológicos apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) apontam que, depois das doenças cardiovasculares, o câncer é o grupo de moléstias que mais mata no Brasil. O aumento da taxa de mortalidade por câncer pode estar relacionado tanto ao processo de envelhecimento da população mundial quanto à maior eficiência no registro de dados estatísticos dos órgãos de saúde dos países em desenvolvimento, além da maior exposição da população a fatores de risco.

198. Observa-se, em nosso país, um processo de transição que acarretou importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população. A partir dos anos 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas moléstias do aparelho circulatório e pelas neoplasias.

199. Esse crescimento da incidência de câncer tem se refletido no aumento do número de tratamentos ambulatoriais, das taxas de internações hospitalares e dos recursos públicos demandados para custear os tratamentos. Nesse contexto, as ações de controle do câncer foram incluídas entre os dezesseis Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011-2015. Dentre essas ações, merecem destaque a redução da prevalência do tabagismo e a ampliação do acesso, diagnóstico e tratamento tempestivo dos cânceres de mama e do colo do útero.

200. De acordo com o documento “Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil”, publicado pelo Inca, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial

invasivo. De acordo com esse estudo, avalia-se que tanto em 2014 quanto em 2015 ocorreram 576 mil novos casos por ano.

201. O Inca estima que o câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira em 2014-2015, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

202. Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional (TC nº 031.944/2010-8, Acórdão nº 2.843/2011 – Plenário) com o fito de avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, em especial no que concerne à economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade.

203. As análises do Tribunal evidenciaram a insuficiência da estrutura da rede de atenção oncológica para possibilitar acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. As principais carências identificadas estão relacionadas aos tratamentos de radioterapia e à realização tempestiva de cirurgias oncológicas e quimioterapias.

204. A auditoria apontou as seguintes causas para as dificuldades detectadas no acesso à assistência oncológica:

1. incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes;
2. carência de profissionais, em especial de médicos patologistas e oncologistas;
3. estrutura deficiente da rede de saúde de média complexidade, responsável pelo diagnóstico oncológico;
4. deficiências na prevenção do câncer; e
5. despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada.

205. Com fulcro nessas constatações, o Tribunal expediu determinações e recomendações para o Ministério da Saúde, por meio do Acórdão nº 2.843/2011 – Plenário. No monitoramento dessa deliberação, realizado em 2014 e apreciado por meio do Acórdão nº 2.577/2014 – Plenário, observou-se que, apesar de todas as recomendações estarem em implementação ou ainda não terem sido implementadas, já tinha ocorrido uma expansão dos serviços de oncologia no SUS. Nesse sentido, foi constatado o aumento do número de procedimentos e a inclusão de novas diretrizes e medicamentos para o tratamento do câncer, entre outras melhorias adotadas em decorrência das deliberações proferidas por este Tribunal.

206. Após a publicação dos resultados da auditoria em tela, foi editada a Lei nº 12.732/2012, conhecida como a “Lei dos 60 dias”, que estabeleceu o prazo máximo de sessenta dias contados

a partir da data do diagnóstico em laudo patológico para o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada. Considera-se que o tratamento foi iniciado quando é realizada a terapia cirúrgica ou começa a radioterapia ou a quimioterapia, conforme o caso.

207. O site do Inca informa que existem 276 Centros/Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon/Unacon) habilitados pelo Ministério da Saúde. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente encontrará desde exames até cirurgias mais complexas. Aquele instituto acrescentou que 34,6% dos pacientes com diagnóstico prévio chegam ao Cacon/Unacon em até 60 dias e 70% deles têm chegado a essas unidades em até 180 dias.

Tabela 10: Tempo entre o primeiro diagnóstico confirmado de câncer e o início do primeiro tratamento

Tempo	Nº de Casos	%	% Acumulado
Até 15 dias	9.451	6,50	6,50
Até 30 dias	13.501	9,20	15,70
Até 60 dias	27.678	18,90	34,60
Até 90 dias	21.514	14,70	49,30
Até 120 dias	14.674	10,00	59,40
Até 150 dias	9.407	6,40	65,80
Até 180 dias	6.101	4,20	70,00
Até 210 dias	4.242	2,90	72,90
Até 240 dias	2.926	2,00	74,90
Até 270 dias	2.067	1,40	76,30
Até 300 dias	1.588	1,10	77,40
Até 330 dias	1.188	0,80	78,20
Até 365 dias	1.084	0,70	78,90
Até 366 dias	30.848	21,10	100,00
Total	146.269	100	---

Fonte: Inca, em relação aos estados com dados disponíveis.

208. Os elevados tempos de espera para a realização dos diagnósticos e tratamentos de câncer podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição das chances de cura e do tempo de sobrevivência. Além disso, o tratamento realizado tardiamente pode prejudicar a qualidade de vida dos doentes; aumentar os gastos com os tratamentos, que se tornam mais caros e prolongados, e incrementar os custos previdenciários decorrentes dos afastamentos dessas pessoas do trabalho.

209. Um importante instrumento para verificar o cumprimento do prazo estabelecido na Lei nº 12.732/2012 é o Sistema de Informação de Câncer (Siscan), criado no final de 2013 para monitorar os pacientes acometidos por essa doença. No futuro, espera-se que a base do Siscan contenha 100% dos exames realizados na rede SUS e permita a atualização automática do histórico dos tratamentos.

210. O Siscan deverá ser implantado em todos os laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; nas unidades fixas e móveis de radiologia; nos hospitais habilitados em alta complexidade em oncologia, que realizam o tratamento nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia no âmbito do SUS; nos ambulatórios de especialidades relacionados ao câncer e nas coordenações estaduais e municipais que acompanham as ações de controle dessa doença.

211. No dia 26/2/2015, verificou-se que o DF e os estados do Amazonas, de Roraima e de São Paulo não haviam implantado integralmente o referido sistema. Avalia-se que esse atraso decorra de problemas de compatibilização entre as bases de dados, da falta de uma capacitação adequada do pessoal e da carência de recursos tecnológicos locais.

V.7 – Mamógrafos

212. O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido a sua alta incidência, a sua significativa mortalidade e ao elevado custo de tratamento. É o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos novos casos registrados a cada ano.

213. Se for diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. Entretanto, no Brasil, segundo o Inca, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados.

214. A mamografia permite a detecção precoce desse tipo de câncer e deve ser realizada a cada dois anos pelas mulheres entre 50 e 69 anos ou segundo a recomendação médica.

215. Em 2009, TCU realizou auditoria operacional (TC nº 011.587/2009-1, Acórdão nº 247/2010 – Plenário), para avaliar em que medida o quantitativo de equipamentos, insumos e profissionais disponíveis para realizar as mamografias estava adequado. Adicionalmente, foram analisados os principais aspectos que afetavam a quantidade de mamografias realizadas.

216. A mencionada fiscalização apontou que a limitação da oferta de exames de mamografia resultava da combinação de vários fatores, como a manutenção deficiente dos mamógrafos e equipamentos de revelação e a falta de pessoal. A dissociação entre o planejamento da aquisição de mamógrafos e a avaliação do custeio da operação dessas máquinas, que não considerava os custos fixos posteriores, também pesava negativamente no quantitativo de exames realizados. Além disso, foram constatadas, à época, falhas na emissão pelo Ministério da Saúde de pareceres relativos à aquisição de mamógrafos, o que acarretava a compra de equipamentos inadequados à estrutura do estabelecimento ou às reais necessidades da localidade beneficiada.

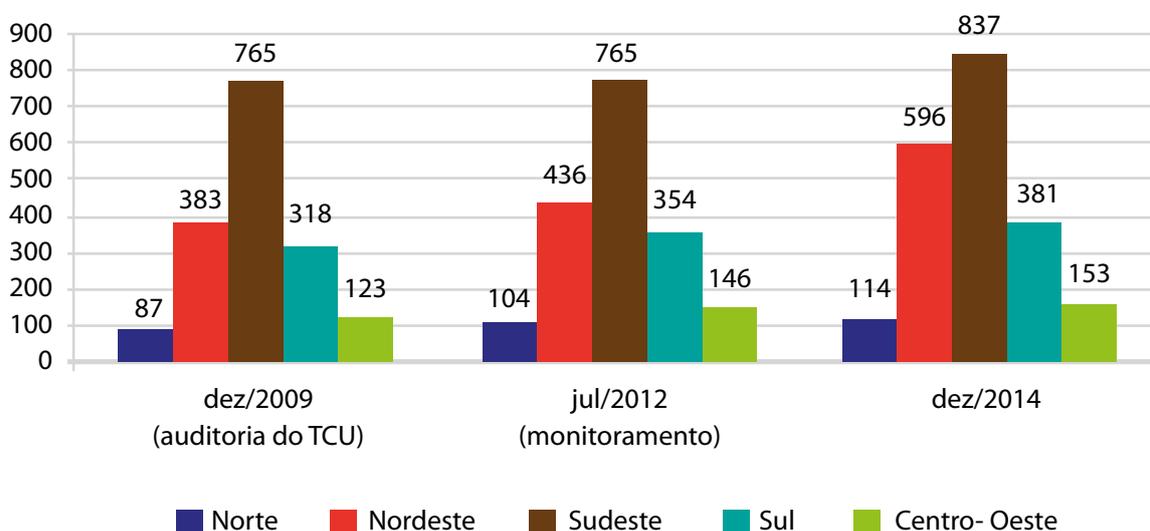
217. A auditoria verificou, ainda, que os registros constantes do CNES sobre o quantitativo e a localização dos mamógrafos nos estabelecimentos de saúde apresentaram várias inconsistências, a exemplo de registros de equipamentos que nunca existiram, foram desativados ou transferidos para outras unidades sem que o Ministério da Saúde tivesse conhecimento.

Também foi verificado o registro de mamógrafos que supostamente estariam em uso, mas cuja produção não tinha sido consignada no SIA/SUS, e de estabelecimentos com produção de exame de mamografia registrada que não contavam com equipamento de mamógrafo cadastrado no CNES. Por fim, as informações sobre o quantitativo e as especialidades dos profissionais não estavam atualizadas.

218. Em 2012, após o primeiro monitoramento das providências adotadas para atender à deliberação do TCU (TC nº 011.807/2012-1, Acórdão nº 1.953/2012 – Plenário), foram verificadas melhorias na prestação dos serviços em tela, a começar pela instituição, por meio da Portaria GM/MS nº 2.898/2013, do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. Além disso, foram estabelecidos códigos diferentes para os exames de mamografia bilateral para rastreamento e unilateral para diagnóstico, o que permite a diferenciação dos exames realizados como prevenção.

219. Segundo consta dos sistemas de informação do SUS, o número de mamógrafos disponíveis com produção aumentou 29,65%, enquanto o quantitativo de exames de mamografia realizados cresceu 43,6%. A realização de exames cresceu em todas as regiões do país e somente os estados de Roraima e Bahia e o Distrito Federal apresentaram produção inferior à verificada em 2009. A evolução do número de equipamentos disponíveis para o SUS, desde a realização da auditoria pelo TCU, é apresentada no gráfico abaixo.

Gráfico 51: Número de mamógrafos disponíveis ao SUS por região (2009-2014)



Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)

220. Auditorias recentemente efetivadas pelo Denasus detectaram a realização de mamografias sem os respectivos comprovantes da regulação e guias SUS. Também foi constatado o preenchimento incompleto de requisições e solicitações de exames. Essas falhas possibilitam a realização de exames fora dos prazos recomendados pelo protocolo de rastreamento e diagnóstico, bem como a ocorrência de duplicidades.

221. Assim sendo, ainda há necessidade de aperfeiçoar os requisitos das intervenções preventivas e das ações de detecção precoce, rastreamento e diagnóstico. Devem ser aprimorados a solicitação pela rede de saúde e os mecanismos de controle pelos municípios e prestadores contratados, de forma a viabilizar o diagnóstico oportuno e o acompanhamento dos usuários do SUS.

222. Aduzo que, segundo consta da Portaria GM/MS nº 189/2014, uma nova proposta para aquisição de mamógrafos somente pode ser apresentada por uma instituição que participe do Serviço de Referência de Diagnóstico de Câncer de Mama e está sujeita à avaliação da necessidade do serviço no local. Dessa forma, caso essa proposta seja aprovada, será assegurada a existência de uma equipe mínima de profissionais e da infraestrutura necessária para garantir o funcionamento adequado do equipamento.

223. Note-se que, devido ao aumento contínuo do número de casos de câncer de mama, permanece o desafio de garantir o acesso da população aos procedimentos preventivos, como a mamografia.

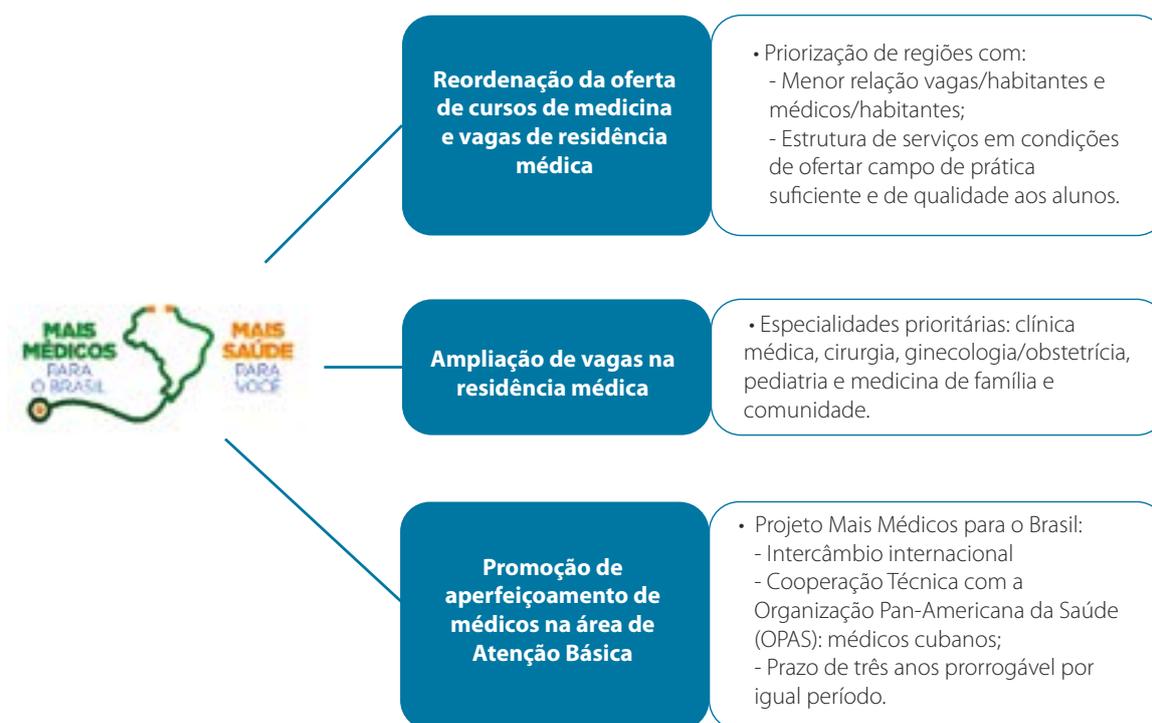
VI – Trabalhos em destaque na área da Saúde

VI.1 – Acompanhamento do Programa Mais Médicos

224. O Programa Mais Médicos foi criado pela Lei nº 12.871/2013, com os objetivos de formar recursos humanos na área médica para o SUS, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias, reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em saúde, aprimorar a formação médica no país, promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

225. O referido programa é composto pelas seguintes ações:

Figura 9: Programa Mais Médicos – ações



226. Os recursos orçamentários são oriundos, principalmente, dos Ministérios da Saúde e da Educação, sendo que, a partir de 2015, há previsão de gastos também pelo Ministério da Defesa.

227. A distribuição dos programas e das ações está demonstrada a seguir, em conformidade com informações extraídas do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP):

1. Ministério da Saúde: Programa 2015 (Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS) e Ações 20AD (Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família) e 20YD (Educação e Formação em Saúde);
2. Ministério da Educação: Programa 032 (Educação Superior – Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão) e Ações:
 - 14IM, 156W, 156X, 156Y, 157A, 157B, 157C, 157D, 157E, 157G (Implantação dos Hospitais Universitários das Universidades Federais de Juiz de Fora, Roraima, Tocantins, Campina Grande, Acre, Amapá, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e Uberlândia, respectivamente);
 - 20GK (Fomento às Ações de Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão);
 - 20RX (Reestruturação e Modernização de Instituições Hospitalares Federais); e
 - 8282 (Reestruturação e Expansão de Instituições Federais de Ensino Superior).
3. Ministério da Defesa: Programa 2108 (Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Defesa), Ação 2000 (Administração da Unidade), no Plano Orçamentário Mais Médicos – Apoio Logístico. (Fonte: Lei nº 12.871/2013 e www.portalsaude.saude.gov.br)

228. Os valores aplicados até 2014 e os constantes do PLOA 2015 estão representados na tabela abaixo:

Tabela 11: Programa Mais Médicos – despesa liquidada (R\$)

Órgão	2013	2014	PLOA 2015
Ministério da Saúde	534.213.601,79	2.589.875.610,42	2.692.000.000,00
Ministério da Educação	---	199.363.617,22	444.496.348,00
Ministério da Defesa	---	---	28.600.000,00

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP)

229. Diante da relevância desse programa para a sociedade brasileira e da alta materialidade dos recursos envolvidos, o Tribunal tem acompanhado essa iniciativa governamental (TC nº 027.492/2013-3, Acórdão nº 3.614/2013 – Plenário).

230. Inicialmente, o TCU priorizou a análise das ações voltadas para o aperfeiçoamento de médicos na área da Atenção Básica, por meio do denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil, que busca trazer médicos para atuarem em caráter urgente, temporário e preventivo, enquanto novas vagas de graduação e de residência médica são criadas para ampliar o número de médicos formados no país.

231. Os demais eixos do programa, relativos à reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência e ao estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica, têm caráter reformador e mais abrangente e devem ser implementados em médio e longo prazos. Tendo em vista o estágio inicial em que se encontram, sua avaliação, nesse momento, fica prejudicada.

232. O referido Projeto prevê a participação de médicos brasileiros ou estrangeiros com diploma revalidado no país ou de estrangeiros contratados por meio de intercâmbio internacional.

233. Esse intercâmbio tem fulcro no 80º Termo de Cooperação Técnica celebrado pela União, por intermédio do Ministério da Saúde, e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o fito de desenvolver ações vinculadas ao Projeto Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, que viabiliza a participação de médicos cubanos. O Termo de Cooperação sob comento prevê os seguintes pontos de recursos:

Tabela 12: 80º Termo de Cooperação Técnica OPAS e MS (valores contratados 2013-2014)

Termo	Data de assinatura	Valor (R\$)
80º Termo de Cooperação Técnica (OPAS e MS)	25/4/2013	Sem previsão de alocação de recursos. Estabelece a taxa de administração de 5%.
(vigência até 26/4/2018)	(vigência até 26/4/2018)	Sem previsão de alocação de recursos
1º Termo de Ajuste	16/7/2013	11.539.264,00
2º Termo de Ajuste	9/8/2013	510.957.307,00
3º Termo de Ajuste	22/8/2013	973.946.600,00
4º Termo de Ajuste	26/2/2014	1.175.973.740,00
5º Termo de Ajuste	15/8/2014	1.175.973.740,00

Fonte: Ministério da Saúde

234. Nesse acompanhamento foi:

1. questionada a adequação da forma de pagamento dos médicos intercambistas à Constituição Federal e ao Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), em especial, no que se refere à igualdade de tratamento entre os profissionais participantes do projeto;
2. apontada a falta de detalhamento das despesas a cargo da OPAS e a necessidade de comprovar a compatibilidade dos gastos efetivos dessa entidade com a taxa de administração cobrada, no valor de 5% do montante líquido previsto no Termo de Cooperação Técnica. Até o final de 2014, a taxa de administração prevista nos termos de ajuste correspondeu a cerca de R\$ 134 milhões;
3. ressaltado que o Programa Mais Médicos foi iniciado em 2013, sem a correspondente previsão na lei orçamentária anual ou no plano plurianual, medida obrigatória, já que sua duração ultrapassa o exercício financeiro;

4. salientada a inadequação das dotações orçamentárias utilizadas pelo Ministério da Saúde para realizar os pagamentos à OPAS (Programa: 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS); Ação: 20YD – Educação e Formação em Saúde; Localizador: Educação e Formação em Saúde – Nacional);
5. questionada a previsão, no Termo de Cooperação Técnica, de repasses semestrais antecipados à OPAS, em desacordo com a Lei nº 4.320/1964, que prevê pagamentos antecipados apenas após a regular verificação dos serviços prestados. Os 3º, 4º e 5º Termos de Ajuste representaram pagamentos antecipados da ordem de R\$ 1,76 bilhões;
6. registrado que os valores pagos à OPAS foram calculados com base na ajuda de custo máxima de R\$ 30.000,00 por médico. No entanto, o projeto sob exame estabelece valores de ajuda de custo que variam conforme a região em que o profissional será instalado; e
7. destacada a necessidade de obter e analisar as prestações de contas relativas aos diversos termos de cooperação, a fim de verificar se o valor pago a título de taxa de administração será integralmente aplicado no custeio dos serviços objeto do acordo.

235. Nesse contexto, ao apreciar a primeira fase do acompanhamento, o Tribunal decidiu:

1. determinar aos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão, que incluíssem o Programa Mais Médicos no PPA 2012-2015, criando rubrica orçamentária específica para executar seus recursos. Em observância a essa determinação, foi criada a meta "Alocar 13 mil médicos brasileiros e estrangeiros em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos" no Programa 2015 (Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS). Adicionalmente, foi instituído o Plano Orçamentário "Mais Médicos" dentro da Ação 20AD (PAB Variável – Saúde da Família); e
2. solicitar ao Ministério da Saúde que encaminhasse informações sobre:
 - os pagamentos semestrais antecipados para a OPAS;
 - a avaliação das prestações de contas dos valores pagos a título de taxa de administração para a OPAS;
 - a utilização do Programa/Ação 2015.20YD como fonte de recursos;
 - a contratação de assessores internacionais e de consultorias especializadas; e
 - o pagamento da ajuda de custo máxima para todos os intercambistas.

As informações foram prestadas e sua apreciação pelo TCU ainda não ocorreu.

VI.2 – Auditoria operacional no Projeto Mais Médicos para o Brasil

236. O Projeto Mais Médicos para o Brasil visa aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, mediante a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Seus objetivos específicos são:

1. aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência prática;
2. ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS;
3. fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço;
4. promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e
5. aperfeiçoar os médicos no que concerne às políticas públicas de saúde do Brasil e à organização e ao funcionamento do SUS.

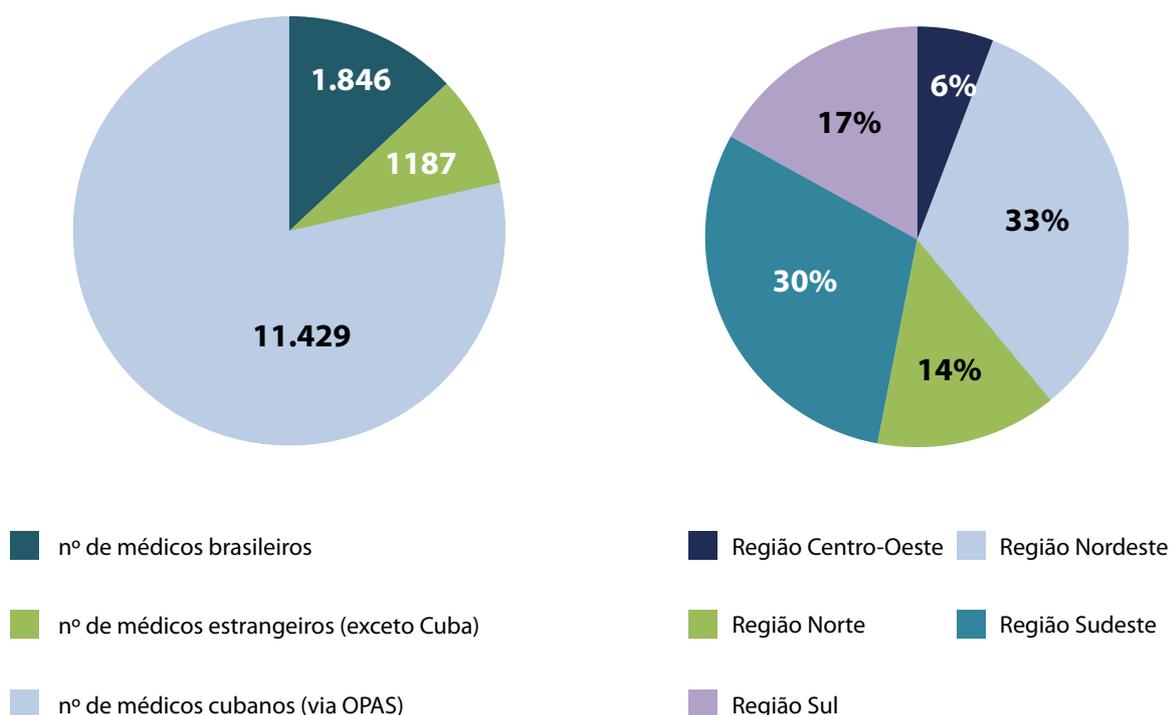
237. As principais competências dos órgãos e entidades envolvidas no projeto são as seguintes:

Ministério da Saúde (principal gestor)	<ul style="list-style-type: none">• Celebra o Termo de Cooperação Técnica com a OPAS• Formaliza a adesão de estados, municípios e DF• Seleciona os médicos participantes• Acolhe e avalia os profissionais• Paga as bolsas-formação e ajudas de custo
Ministério da Educação	<ul style="list-style-type: none">• Celebra termos de cooperação com instituições públicas e privadas de educação em saúde• Cofinancia o projeto• Acolhe e avalia os profissionais
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	<ul style="list-style-type: none">• Paga as bolsas aos tutores e supervisores• Oferece ferramentas de gerenciamento das informações operacionais do projeto
Municípios e Distrito Federal	<ul style="list-style-type: none">• Oferece moradia e alimentação ao médico• Insere os médicos nas equipes de Atenção Básica• Fornece equipamentos, instalações, segurança e higiene para as atividades• Acompanha e fiscaliza as atividades dos médicos
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	<ul style="list-style-type: none">• Viabiliza a participação de médicos cubanos• Avalia a seleção dos médicos• Realiza a intermediação dos pagamentos e recolhe a cobertura de seguro e seguridade social
Coordenação do Projeto Mais Médicos	<ul style="list-style-type: none">• Formada por representantes do MS e do MEC• Coordena o Projeto e interage com os diversos órgãos envolvidos

238. Segundo informações prestadas pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde (DEPREPS/MS), responsável pela coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em 2014, 14.462 médicos estiveram em atividade em 3.785 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Em 2015, devem ter sido criadas mais 4.146 vagas em 1.294 municípios e 12 DSEI.

239. A distribuição desses profissionais está retratada no gráfico abaixo:

Gráfico 52: Projeto Mais Médicos para o Brasil – números e distribuição regional (2014)



Fonte: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS/MS)

240. Além do acompanhamento do Programa Mais Médicos, o Tribunal realizou auditoria operacional (TC nº 005.391/2014-8, Acórdão nº 331/2015 – Plenário), visando avaliar a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em especial, analisando em que medida as metas definidas foram alcançadas. Os trabalhos foram desenvolvidos nos seguintes estados: Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e São Paulo, tendo sido visitadas 130 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 41 municípios. Foram entrevistados 149 médicos participantes, 102 servidores responsáveis pelas UBS, 446 profissionais das equipes de saúde da família, 315 pacientes, 17 tutores e 40 supervisores.

241. A referida auditoria verificou que:

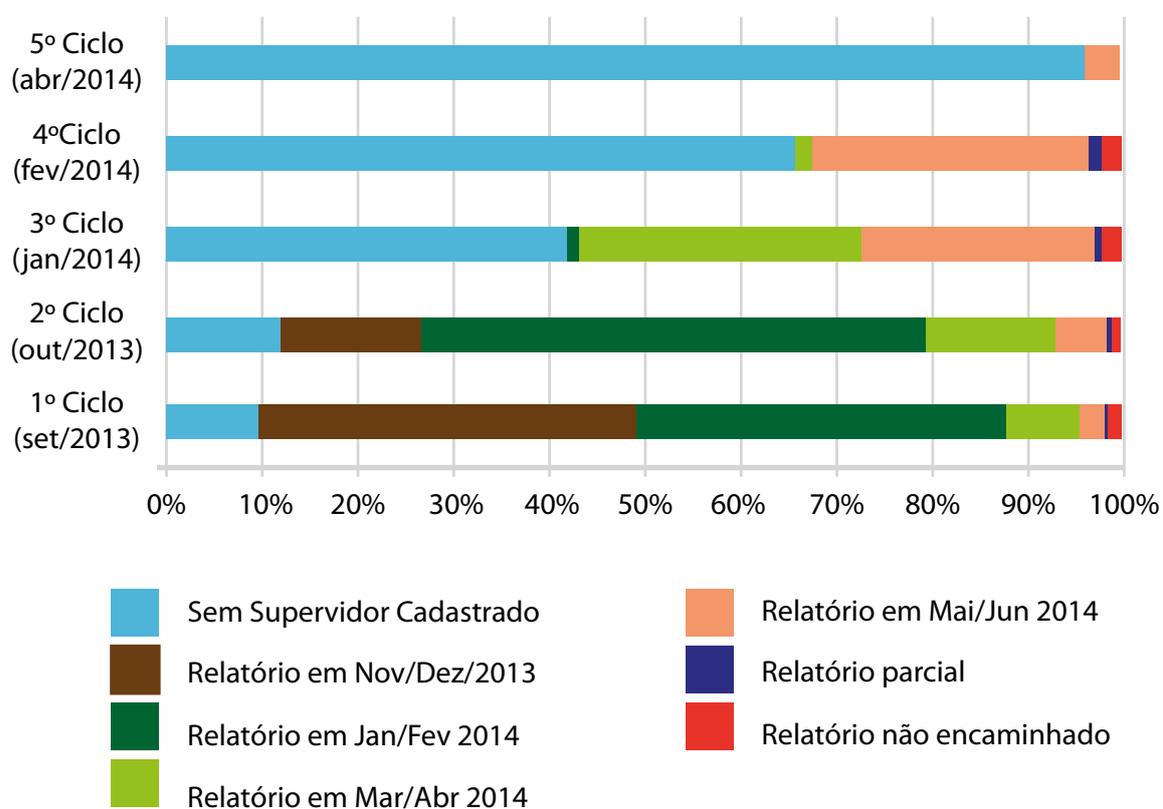
1. até 12/5/2014, São Paulo/SP era o município que havia recebido a maior quantidade de médicos (250), o que representava 1,81% dos profissionais em atividade até aquela

data. Rio de Janeiro/RJ (141 médicos), Fortaleza/CE (124), Porto Alegre/RS (121) e Manaus/AM (99) foram os demais municípios que mais receberam médicos;

2. no âmbito desse projeto, foi fixado o máximo de dez médicos para cada supervisor. No entanto, segundo consta do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), havia supervisores responsáveis por um número superior de profissionais; e
3. ademais, 31,73% dos médicos integrantes não possuíam supervisores cadastrados no sistema e 97,2% dos supervisores entrevistados afirmaram exercer outra atividade profissional além da supervisão. Nesse contexto, a supervisão pode ser prejudicada.

242. As datas de entrada dos médicos nos respectivos ciclos foram definidas pelo Ministério da Saúde, com o fito de melhor operacionalizar o programa. Os 1º e 2º ciclos contemplaram homologações de médicos pelas Portarias nº 2 (25/9/2013) e nº 5 (3/10/2013). Já os 3º, 4º e 5º ciclos contemplaram homologações referentes às Portarias nº 10 (27/12/2013); nº 2 (10/1/2014); nº 4 (17/1/2014); nº 7 (25/2/2014) e nº 12 (14/4/2014). Um resumo da produção geral da supervisão, em junho/2014, está expressa no gráfico abaixo:

Gráfico 53: Supervisão dos médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil



Fonte: Ministério da Saúde e UNA-SUS.

243. Tais dados demonstram que a potencial falta de supervisores não se restringia a médicos recentemente integrados no programa, pois existiam profissionais que integravam o programa desde outubro/2013 e até 6/6/2014 não possuíam supervisores cadastrados no sistema UNA-SUS. Além disso, observou-se, em alguns casos, grande intempestividade no envio do relatório de supervisão.

244. Aduzo que o projeto estabeleceu a proporção ideal de um tutor para dez supervisores e cem médicos participantes. Verificou-se que seriam necessários mais 22 tutores para atingir essa proporção, o que pode prejudicar a orientação acadêmica aos participantes.

245. Além disso, a equipe de auditoria registrou:

1. falhas na avaliação dos médicos no módulo de acolhimento;
2. médicos com carga horária semanal igual ou superior a cem horas, o que pode indicar o descumprimento das escalas de trabalho;
3. fragilidades nas ações de avaliação e monitoramento dos impactos do projeto;
4. diminuição do número de consultas na Atenção Básica em 25% dos municípios analisados que receberam profissionais do projeto; e
5. descumprimento de obrigações relativas ao fornecimento de moradia e alimentação por parte de alguns municípios visitados.

246. Diante das conclusões da auditoria, o TCU, por meio do Acórdão nº 331/2015 – Plenário, estabeleceu prazo para que o Ministério da Saúde corrigisse as fragilidades identificadas.

247. A auditoria ressaltou que o Projeto Mais Médicos para o Brasil tem caráter imediato e paliativo. Não se pode esquecer as demais vertentes do Programa Mais Médicos, de caráter reformador, com ações de médio e longo prazo, que pretendem mudar os parâmetros de formação médica no país, concentrando o foco na Atenção Básica, e ampliando vagas do curso de medicina e de residência médica. Caso essas duas ações não sejam efetivamente implementadas, corre-se o risco de, após os seis anos máximos de vigência do Projeto, a população atualmente beneficiada voltar ao estado anterior de desassistência.

VI.3 – Auditoria Coordenada dos Tribunais de Contas brasileiros na Atenção Básica

248. Em março de 2014, os presidentes de trinta tribunais de contas brasileiros assinaram, em conjunto com a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon) e com o Instituto Rui Barbosa (IRB), um acordo de cooperação técnica para realizar auditoria coordenada em ações governamentais na área de Atenção Básica à saúde, com fundamento

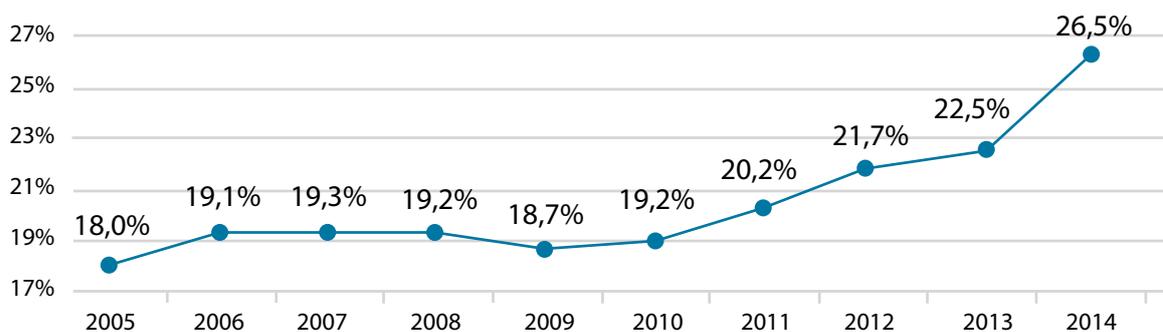
nos compromissos assumidos no XXVII Congresso dos Tribunais de Contas do Brasil, que havia sido realizado no ano anterior.

249. Os Tribunais de Contas signatários desse acordo foram os seguintes:

1. dos estados do Acre, do Amapá, do Amazonas, da Bahia, do Ceará, do Espírito Santo, de Goiás, do Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul, de Minas Gerais, do Pará, da Paraíba, do Paraná, de Pernambuco, do Piauí, do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Norte, do Rio Grande do Sul, de Rondônia, de Roraima, de Santa Catarina, de São Paulo e do Tocantins;
2. do Distrito Federal;
3. dos municípios do Ceará, de Goiás e do Pará; e
4. do município do Rio de Janeiro (RJ) e do Município de São Paulo (SP).

250. Estudos indicam que uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 95% deles é fundamental para garantir a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde. Diante disso, a auditoria coordenada (TC nº 008.963/2014-2) foi realizada com o objetivo de avaliar as ações governamentais que impactam na qualidade dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura disponibilizada, independentemente dos programas implementados.

Gráfico 54: Subfunção Atenção Básica no orçamento federal da Função Saúde (2005-2014)



Fonte: Portal Orçamento – Senado Federal. Nota: Dotação Autorizada (posição em 13/11/2014)

251. Considerou-se que a qualidade decorre, dentre outros fatores, dos processos de gestão implantados. Assim sendo, os trabalhos de auditoria se concentraram na avaliação do exercício das competências de cada ente político e do gerenciamento dos recursos necessários para a execução dos processos inerentes à Atenção Básica.

252. A metodologia utilizada envolveu estatística descritiva, análise documental e de conteúdo das entrevistas e aplicação de questionários eletrônicos. Houve a participação de 24 secretarias estaduais de saúde (89% do total), 2.577 secretarias municipais de saúde (46% do total) e 193 gerências estaduais de saúde. Além disso, foram realizadas entrevistas com profissionais de 796 UBS.

253. A auditoria realizada pelo TCU apontou:

1. fragilidades no planejamento e na atuação do Ministério da Saúde;
2. ausência de diagnósticos de necessidades de capacitação de pessoal e de estrutura de tecnologia da informação; e
3. insuficiência de indicadores de avaliação e monitoramento.

254. Foi recomendado ao Ministério da Saúde que adote medidas com vistas ao aperfeiçoamento das ações que estão a seu cargo.

255. Cada Tribunal de Contas participante elaborará e apreciará seu relatório de auditoria sobre a situação local da Atenção Básica. Ao final, o TCU vai consolidar os resultados de todas as decisões proferidas por essas cortes.

VI.4 – Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

256. As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) são acordos celebrados pelo Ministério da Saúde e por laboratórios privados, com vistas à transferência aos laboratórios públicos brasileiros de tecnologia de produção de medicamentos e outros produtos para a saúde, no prazo de até cinco anos. Durante esse período, os laboratórios privados têm garantida a exclusividade de venda dos produtos objeto da parceria. Após término desse prazo, os laboratórios públicos passarão a produzir os remédios em questão.

257. Por meio das PDP, busca-se viabilizar o acesso a tecnologias prioritárias para reduzir a vulnerabilidade do SUS em longo prazo e reduzir preços de produtos estratégicos para saúde. Assim sendo, não se pretende estimular a produção pública de qualquer medicamento, mas apenas a dos remédios de alto custo e elevado conteúdo tecnológico, os quais produzem grande impacto na assistência à saúde.

258. As PDP estão inseridas atualmente no Plano Brasil Maior, que reúne um conjunto de medidas de apoio à competitividade do setor produtivo brasileiro e estabelece o Complexo Econômico e Industrial da Saúde como área estratégica da Política Industrial do Brasil.

259. Segundo o Ministério da Saúde, até setembro de 2014, haviam sido assinados 104 contratos de PDP relativos a 101 produtos, sendo 66 medicamentos, 7 vacinas e 28 produtos para a saúde. As referidas avenças envolvem 19 laboratórios públicos e 57 privados. Aquele

Ministério estima que a celebração desses contratos ensejará uma economia anual de R\$ 4,1 bilhões em compras públicas.

260. Em 2014, os gastos federais com a produção, a distribuição e o suprimento de medicamentos e produtos farmacêuticos (subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico) atingiram R\$ 9 bilhões, que equivalem a 10,5% do total dispendido na Função Saúde. Em 2015, estão previstas despesas no montante de R\$ 11,8 bilhões.

261. Diante da materialidade dos recursos envolvidos e da relevância do tema, o Tribunal de Contas da União realizou auditoria (TC nº 011.547/2014-6) para avaliar a regularidade das PDP. Foram avaliados 17 contratos, cujo valor total alcança R\$ 7,9 bilhões durante o período de vigência de cinco anos.

262. A auditoria apontou lacunas nas normas que regem a seleção dos parceiros e a formalização e acompanhamento dos contratos, o que pode limitar a atuação dos gestores públicos e gerar riscos de não concretização da transferência de tecnologia, além de ocasionar insegurança jurídica para os parceiros privados. Em razão disso, foi proposta a realização de determinações e recomendações ao Ministério da Saúde, com vistas ao aperfeiçoamento dos processos. Essa fiscalização não foi ainda apreciada pelo Tribunal.

VI.5 – Governança do SUS

263. De acordo com o modelo elaborado pelo TCU para avaliar a governança das políticas públicas, estabelecido na Portaria nº 230/2014, foram identificados oito componentes que viabilizam uma boa governança, os quais estão relacionados na figura abaixo:

Figura 10: Componentes do modelo do TCU para avaliar a governança de políticas públicas



264. O Tribunal realizou levantamento de auditoria (TC nº 027.767/2014-0) com foco na governança da pactuação intergovernamental no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. A Constituição Federal define o SUS como um sistema hierarquizado, regionalizado e descentralizado, de competência comum dos três entes da federação (arts. 23, inciso II, e 198). Nesse contexto, a pactuação de responsabilidades é um processo inerente ao funcionamento do SUS, que se concretiza por meio de instrumentos de cooperação que permitem organizar e monitorar as ações de saúde realizadas pelo poder público.

265. No âmbito dessa auditoria, foram:

1. estudadas as normas legais aplicáveis;
2. analisados dados constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
3. avaliados dados de produção de assistência à saúde consolidados no Tabnet/Datasus; e
4. entrevistados:
 - secretários de saúde municipais e estaduais;
 - representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – Conass, do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde nos estados do Ceará e do Paraná;
 - da Confederação Nacional dos Municípios (CNM); e
 - gestores e técnicos do Ministério da Saúde envolvidos com temas relacionados à regionalização e articulação interfederativa.

266. Nesse trabalho, os seguintes componentes foram considerados os mais importantes:

1. Institucionalização: referente às capacidades organizacionais, à normatização, aos padrões, aos procedimentos, às competências e aos recursos que possibilitam o alcance dos objetivos da política pública;
2. Coordenação e coerência: relativo ao desafio de fazer os diversos sistemas institucionais e gerenciais que formulam políticas trabalharem juntos para alcançar o resultado comum; e
3. Gestão de riscos e controle interno: capacidade de os gestores darem respostas efetivas e tempestivas aos eventos capazes de afetar o alcance dos objetivos programados.

267. As conclusões preliminares dessa auditoria, que ainda não foi apreciada pelo Tribunal, apontaram para:

1. deficiências na definição das competências dos entes envolvidos na pactuação intergovernamental;
2. fragmentação da forma de atuação do Ministério da Saúde, o que tem prejudicado o processo de regionalização; e
3. falta de apoio consistente do Ministério para a regionalização.

VI.6 – Regulação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dos reajustes de preços dos planos de saúde

268. A Lei nº 9.961/2000 atribuiu à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a competência para controlar os aumentos das mensalidades dos planos de saúde, de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e o motivo do aumento. O reajuste das mensalidades tem relevância porque afeta mais de 50 milhões de pessoas, detentoras de planos individuais e coletivos.

269. Em 2014, o índice de reajuste anual para planos individuais ou familiares foi de 9,65%, enquanto os contratos coletivos tiveram aumento médio de 18%, com casos extremos de reajustes de até 90%, segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). Essa situação se torna ainda mais grave quando se considera que cerca de 80% dos planos de saúde no Brasil são coletivos.

270. A situação é realmente complicada, se por um lado os consumidores reclamam de aumentos abusivos, por outro, as operadoras alegam que os índices de reajuste são insuficientes para cobrir o aumento dos custos. Ademais, os prestadores de serviços reclamam do não repasse desses reajustes.

271. Diante da relevância da atuação da Agência na regulação desses reajustes, o Tribunal realizou auditoria (TC nº 021.852/2014-6) para avaliar essa atuação e apontar oportunidades de melhoria. Os trabalhos envolveram visitas a entes que contratam planos de saúde coletivos e a entidades representativas de usuários, operadoras de planos de saúde e prestadoras de serviços de saúde, além de especialistas no tema.

272. As conclusões preliminares dessa auditoria, que ainda não foi apreciada pelo Tribunal, apontam para fragilidades na atuação da ANS na regulação dos reajustes.

VI.7 – Terceirização de ações e serviços de saúde

273. Em 2014, o TCU realizou auditoria (TC nº 017.783/2014-3) com o objetivo de avaliar a regularidade da contratação de profissionais de saúde por prefeituras municipais, sem a realização de concursos públicos, o que configura a chamada terceirização.

274. Foram auditadas contratações realizadas em onze municípios localizados na Bahia, no Maranhão, no Paraná, no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina. O volume de recursos fiscalizados atingiu R\$ 160 milhões.

275. No âmbito do SUS, existe uma grave carência de médicos, principalmente em locais mais afastados dos centros urbanos. Essa situação se torna mais complicada devido à inexistência de uma legislação específica sobre a terceirização. Diante disso, muitos gestores públicos – em nível federal, estadual ou municipal – têm adotado modelos de contratação muitas vezes sem o devido suporte legal.

276. A auditoria do Tribunal identificou contratações de profissionais de saúde por meio de Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), convênios, contratos administrativos com empresas privadas de serviços médicos com ou sem fins lucrativos, contratos administrativos com pessoas físicas e credenciamento de pessoas físicas e jurídicas.

277. Observou-se que, na ausência de legislação que regulamente o tema e defina parâmetros a serem seguidos, muitos desses ajustes apresentam problemas graves no que se refere à concepção, à execução e ao controle, tais como:

1. a ausência de estudos que demonstrem as vantagens da terceirização;
2. a não comprovação de que a entidade possui capacidade técnica e operacional para executar os serviços;
3. processos licitatórios ausentes ou com indícios de direcionamento;
4. pagamento sem comprovação de que os serviços tenham sido executados ou de despesas operacionais não previstas e voltadas para o custeio da própria entidade;
5. controle deficiente da carga horária dos médicos; e
6. médicos contratados via terceirização que fazem parte do quadro de pessoal do município ou de municípios vizinhos.

278. Nessa auditoria, que ainda não foi apreciada pelo Tribunal, constatou-se a necessidade de serem utilizados instrumentos mais flexíveis para contratar profissionais de saúde que sejam adequados às diferentes necessidades dos serviços. No entanto, essa maior flexibilidade deve

ser acompanhada por uma regulamentação, expedida pelo Ministério da Saúde, que defina parâmetros a serem seguidos pelos entes governamentais na formalização, na execução e no controle dos ajustes firmados.

VI.7 – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

279. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é um programa de alto apelo social, pois atende, por meio do fornecimento de medicamentos de alto custo, pessoas com doenças graves (degenerativas, psiquiátricas, cardíacas, crônicas ou que acarretam a necessidade de hemodiálise ou transplantes). O CEAF busca atender pacientes envolvidos em certas linhas de cuidado, ou seja, tratar doenças por meio da utilização de remédios ditos especializados.

280. A LOA 2014 previu a destinação de R\$ 4,9 bilhões para o "Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica" em todo o país. Os recursos federais alocados para o programa CEAF cresceram significativamente nos últimos dez anos, de pouco mais de R\$ 1 bilhão, em 2005, para quase R\$ 5 bilhões, em 2014. O Ministério da Saúde responde por aproximadamente 90% do financiamento total do programa. Os 10% se referem à aquisição dos medicamentos pelos demais entes federados.

281. Trata-se de importante política pública de saúde em relação à qual o TCU realizou, em 2014, uma fiscalização (TC nº 010.906/2014-2, Acórdão nº 3.295/2014 – Plenário) com o objetivo de avaliar as condições de armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do CEAF, em Goiás, no Mato Grosso do Sul, no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina, no Rio Grande do Norte, na Paraíba, no Pará, em Tocantins e em Roraima.

282. Os processos de armazenamento, transporte e dispensação dos medicamentos do CEAF possuem naturezas administrativa e técnico-científica, além de estarem sujeitos a severa disciplina jurídica. A auditoria do TCU, entre outros achados, constatou a existência de infraestrutura incompatível com as exigências técnicas de armazenagem e transporte, o que, além de comprometer a eficácia terapêutica do medicamento, gera o desperdício de recursos federais. Ademais, verificou-se que, em muitos casos, a infraestrutura logística estadual é baseada em planejamento ultrapassado, não compatível com a realidade atual.

283. Por meio do Acórdão nº 3.295/2014 – Plenário, o Tribunal expediu determinações e recomendações às secretarias estaduais de saúde envolvidas, a fim de aperfeiçoar a gestão dessa importante política pública.

VI.8 – Operação Sanguessuga – monitoramento das deliberações

284. Investigações sobre indícios de manipulação de licitações e desvio de recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à aquisição de ambulâncias em diversos municípios do estado do Acre, por empresas sediadas em Mato Grosso, culminaram, em 2006, na

deflagração da chamada “Operação Sanguessuga”, pela Polícia Federal, e na instauração de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito no Congresso Nacional, conhecida como “CPMI das ambulâncias”.

285. As referidas investigações concluíram que houve fraude na aquisição de ambulâncias em mais de seiscentas prefeituras localizadas em praticamente todos os estados, durante pelo menos oito anos. Foi constatada a existência de acordos para direcionar as licitações nos municípios, com a participação de parlamentares, prefeitos e representantes das empresas fraudadoras. O principal grupo empresarial envolvido, conhecido como Grupo Planam, era liderado por empresas da família Vedoin, de Mato Grosso.

286. No âmbito do TCU, foi criado um grupo de trabalho, juntamente com a Controladoria-Geral da União (CGU) e com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), com o objetivo de definir a forma e o conteúdo mínimos dos processos a serem enviados ao Tribunal, com o fito de identificar os responsáveis, quantificar os débitos e julgar as contas.

287. Foram examinados pelo grupo de trabalho 1.452 convênios, firmados com mais de 600 municípios, tendo sido autuadas tomadas de contas especiais referentes a todas as situações que atenderam aos critérios de materialidade, risco e relevância.

288. O foco principal do grupo de trabalho foi a identificação dos débitos decorrentes de superfaturamentos constatados nas aquisições de unidades móveis de saúde com verbas públicas federais. Adicionalmente, foram analisadas outras inconsistências e irregularidades que geraram ou não débitos para a União, tais como a atuação negligente ou a conivência com o esquema fraudulento por parte de responsáveis pela gestão dos convênios no Ministério da Saúde.

289. Esse esforço permitiu a detecção de irregularidades de natureza sistêmica na gestão dos convênios no âmbito do Ministério da Saúde, mais precisamente do Fundo Nacional de Saúde. Aduzo que o julgamento dos inúmeros processos pelo Tribunal induziu mudanças no tratamento dado aos repasses de recursos federais no âmbito daquele Ministério.

290. Em valores atualizados até maio de 2014, o TCU imputou mais de R\$ 45,9 milhões em débitos e aplicou mais de R\$ 6,8 milhões em multas. Ademais, diversas empresas envolvidas no esquema fraudulento foram sancionadas com a declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública.

291. Desde 2009, o Ministério da Saúde não repassa mais recursos por meio de convênios para a aquisição de ambulâncias (unidades móveis de saúde) ou equipamentos médico-hospitalares. Por força da Portaria GM/MS nº 2.198/2009, a transferência de recursos passou a ocorrer diretamente do FNS para os fundos de saúde estaduais ou municipais, dispensada a celebração de convênio ou outro instrumento congêneres.

292. Estudo consolidando os principais achados e conclusões dos processos autuados no TCU relacionados com a “Operação Sanguessuga” foi apreciado pelo Tribunal por meio do Acórdão nº 2.754/2014 – Plenário.

VII – Considerações finais

293. Os gastos totais com a Função Saúde representaram o terceiro maior conjunto de despesas no orçamento da União em 2014, atrás apenas dos Encargos Especiais e da Previdência Social. O modelo de execução do orçamento da Saúde privilegia a descentralização, afinal, aproximadamente 2/3 do total gasto foram executados pelos estados (19%) e municípios (48%).

294. Verificou-se que a União aplicou um valor superior ao mínimo em Saúde no exercício de 2014. Por outro lado, cabe acompanhar os cancelamentos de restos a pagar, para evitar que os empenhos de determinado exercício sejam cancelados nos exercícios seguintes.

295. Neste trabalho foram incorporados novos indicadores ao modelo de avaliação do sistema de saúde no Brasil, proposto no FiscSaúde 2013, os quais se referem:

1. à estrutura do sistema de saúde, com informações sobre o financiamento do SUS;
2. ao desempenho do sistema, com dados sobre atendimentos realizados fora do domicílio do usuário e despesas com decisões judiciais; e
3. à situação da saúde da população, com informações acerca de doenças negligenciadas.

296. Constatou-se que as transferências federais para os estados, o DF e os municípios com vistas a custear as ações e os serviços de saúde aumentaram nos últimos anos. Entretanto, esses repasses ficaram mais vinculados a procedimentos de média e alta complexidade e mais dependentes da adesão dos entes federados a programas prioritários do Ministério da Saúde.

297. Verificou-se uma tendência de aumento do número de usuários que vão a outros estados em busca de atendimentos médicos, tanto para internações hospitalares quanto para atendimentos ambulatoriais de alta complexidade. O Distrito Federal e os estados de Goiás e São Paulo são os mais procurados para internações hospitalares. Já para atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, são buscados os estados do Piauí, Ceará e São Paulo, com destaque para esse último.

298. Ao longo dos últimos anos, houve um aumento do número de demandas judiciais para aquisição de medicamentos. Esse quantitativo passou de 6 mil ações, em 2010, para 12 mil, em 2014, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste.

299. Cabe destacar, ainda, que a judicialização envolve valores expressivos. Afinal, a aquisição dos 40 medicamentos de maior custo custou R\$ 431 milhões em 2013, o que equivale a 54% dos recursos totais transferidos aos estados, naquele ano, para a aquisição de Medicamentos do Componente Especializado.

300. No que tange às doenças negligenciadas, observou-se a redução da incidência da hanseníase, tuberculose, malária e esquistossomose, embora o país ainda apresente grande número de pessoas acometidas por essas doenças. Por outro lado, houve um aumento considerável da quantidade de pessoas acometidas por leishmaniose e dengue, essa última apresentou um aumento de 223% entre 2001 e 2013. Quanto à doença de Chagas, predominam os casos crônicos e, apesar da redução dos óbitos nos últimos anos, o número de mortes causado pela doença é ainda alto (4.668 em 2011).

301. Este trabalho também atualizou as informações relativas aos grandes temas que são objeto de acompanhamento contínuo pelo Tribunal, devido à sua relevância social e à materialidade dos recursos envolvidos. No presente FiscSaúde, foram abordados:

1. o Cartão Nacional de Saúde;
2. a Atenção Básica;
3. o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde;
4. a regulação dos preços de medicamentos e licitações para aquisição; e
5. a implementação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).

302. Por fim, foram apresentadas as conclusões das principais fiscalizações realizadas na área da Saúde pelo TCU em 2014, quais sejam:

1. Mais Médicos;
2. Auditoria Coordenada dos Tribunais de Contas brasileiros na área da Atenção Básica;
3. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP);
4. governança no Sistema Único de Saúde (SUS);
5. regulação dos reajustes de preços de planos de saúde;
6. terceirização de ações e serviços de saúde;
7. sistema estadual de armazenagem e distribuição de medicamentos; e
8. Operação Sanguessuga.

303. Por meio do FiscSaúde 2014, o TCU pretende fornecer ao Congresso Nacional e à sociedade informações estruturadas sobre a situação da saúde no Brasil. Além disso, intenta-se obter insumos para o planejamento das ações de controle externo, de modo que as edições subsequentes deste relatório possam observar a evolução e o impacto das políticas públicas de saúde avaliadas. Por fim, o relatório pode também ser importante fonte de dados e análises para subsidiar os gestores públicos de saúde no aperfeiçoamento das ações públicas que estão a seu cargo.

304. Antes de encerrar este voto, quero enaltecer o trabalho desenvolvido pela Secretaria de Controle Externo da Saúde, que coletou e analisou um volume significativo de dados, o que permitiu a confecção de um diagnóstico abrangente e fundamentado da situação da saúde no Brasil.

305. Considerando que há necessidade de dar continuidade às avaliações ora realizadas, julgo pertinente autorizar, desde já, a elaboração do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde 2015. Aduzo que, caso o Ministro Bruno Dantas entenda conveniente e oportuno, os dados coligidos neste processo poderão servir de subsídio para a análise que será realizada no FiscSaúde 2015.

306. Finalmente, tendo em vista que os objetivos colimados por este processo foram atingidos, avalio que ele deve ser encerrado, nos termos do art. 169, V, do Regimento Interno do TCU.

Diante do exposto, VOTO por que seja adotada a deliberação que ora submeto a este Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 2 de março de 2016.

BENJAMIN ZYMLER
Relator

DECLARAÇÃO DE VOTO

Apresento esta breve declaração de voto para, ao tempo em que expresso minha concordância com as ponderações anotadas no voto do nobre relator, o Ministro Benjamin Zymler, sugerir à Sua Excelência que faça constar no acórdão que propõe uma determinação para que seja autuado processo de acompanhamento da execução dos restos a pagar vinculados ao efetivo cumprimento do mínimo constitucional, definido por meio da Emenda Constitucional 29/2000.

2. Observo que tanto o relatório da unidade técnica quanto o voto de S. Excelência consignam a necessidade de tal acompanhamento, conforme se vê na seguinte passagem de seu voto, que reproduz, na essência, as observações anotadas no item 1.4 do relatório da unidade técnica, *verbis*:

29. Verifica-se que a União executou, em 2013, R\$ 141 milhões a mais que o mínimo legal. Contudo, em 2014, houve o cancelamento de restos a pagar inscritos no exercício anterior, no total de R\$ 243 milhões. Assim, em 2015, deverão ser aplicados em ações e serviços de saúde, além do valor mínimo, mais R\$ 102 milhões (243 – 141 milhões de reais), em atendimento ao disposto na Lei Complementar nº 141/2012. De maneira análoga, caso a União cancele em 2015 empenhos relativos a 2014, que foram computados como aplicações em saúde, ela deverá compensar esse valor no orçamento de 2016.

30. Tal situação deve ser acompanhada pelo TCU, para evitar que os empenhos relacionados à compensação sejam novamente inscritos em restos a pagar, o que acarretaria a postergação do cumprimento da regra do mínimo. (Grifo meu).

3. Destarte, proponho ao Ministro Benjamin Zymler que inclua no acórdão ora proposto o seguinte comando:

“Determinar à SecexSaúde que, com base nos arts. 241 e 242 do Regimento Interno deste Tribunal, autue processo de acompanhamento para aferir a execução dos restos a pagar vinculados ao efetivo cumprimento do mínimo constitucional para ações e serviços públicos de saúde, atentando, especialmente, para que seja evitado que empenhos relacionados à compensação sejam novamente inscritos em restos a pagar, o que pode acarretar postergação do cumprimento da regra do mínimo.”

É como Voto, Senhor Presidente.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 2 de março de 2016.

RAIMUNDO CARREIRO
Redator

DELIBERAÇÃO

ACÓRDÃO Nº 426/2016 – TCU – Plenário

1. Processo TC nº 002.142/2015-5.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Relatório de Levantamento – FiscSaúde.
3. Responsável: Marcelo Costa e Castro, Ministro da Saúde.
4. Órgão: Ministério da Saúde.
5. Relator: Ministro Benjamin Zymler.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde).
8. Representação legal: não houve.
9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos que tratam do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde relativo ao exercício de 2014, também denominado FiscSaúde 2014, cuja elaboração resultou de um levantamento de escopo amplo e alinhado com o objetivo estratégico do Tribunal de atuar de forma seletiva e sistêmica em áreas que apresentam maiores risco e relevância,

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, diante das razões expostas pelo Relator, em:

- 9.1. considerar cumpridos os objetivos pretendidos por este processo;
- 9.2. determinar à SecexSaúde que, com base nos arts. 241 e 242 do Regimento Interno deste Tribunal, autue processo de acompanhamento para aferir a execução dos restos a pagar vinculados ao efetivo cumprimento do mínimo constitucional para ações e serviços públicos de saúde, atentando, especialmente, para que seja evitado que empenhos relacionados à compensação sejam novamente inscritos em restos a pagar, o que pode acarretar postergação do cumprimento da regra do mínimo.
- 9.3 enviar, para ciência, cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentaram:

9.3.1. à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO);

9.3.2. às Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados;

9.3.3. às Comissões de Assuntos Sociais (CAS) e de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA) do Senado Federal;

9.3.4. ao Ministério da Saúde;

9.3.5. ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus);

9.3.6. ao Ministério Público Federal;

9.3.7. à Casa Civil da Presidência da República;

9.3.8. aos Tribunais de Contas estaduais;

9.3.9. aos Tribunais de Contas do Acre, do Amapá, do Amazonas, da Bahia, do Ceará, do Espírito Santo, de Goiás, do Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul, de Minas Gerais, do Pará, da Paraíba, do Paraná, de Pernambuco, do Piauí, do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Norte, do Rio Grande do Sul, de Rondônia, de Roraima, de Santa Catarina, de São Paulo e do Tocantins;

9.3.10. ao Tribunal de Contas do Distrito Federal;

9.3.11. aos Tribunais de Contas dos Municípios do Ceará, de Goiás e do Pará;

9.3.12. aos Tribunais de Contas do Município do Rio de Janeiro e do Município de São Paulo;

9.3.13. aos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);

9.3.14. aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

9.3.15. à Controladoria-Geral da União (CGU); e

9.3.16. à Defensoria Pública da União;

9.4. autorizar a elaboração do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde 2015; e

9.5. encerrar o presente processo, nos termos do art. 169, V, do Regimento Interno/TCU.

10. Ata nº 6/2016 – Plenário.

11. Data da Sessão: 2/3/2016 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0426-06/16-P.

13. Especificação do quórum:

13.1. Ministros presentes: Aroldo Cedraz (Presidente), Benjamin Zymler (Relator), Augusto Nardes, Raimundo Carreiro, José Múcio Monteiro, Ana Arraes e Bruno Dantas.

13.2. Ministro-Substituto convocado: Marcos Bemquerer Costa.

13.3. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
AROLDO CEDRAZ
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
BENJAMIN ZYMLER
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
PAULO SOARES BUGARIN
Procurador-Geral

Responsabilidade pelo Conteúdo

Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex)
Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde)

Responsabilidade Editorial

Secretaria-Geral da Presidência (Segepres)
Secretaria de Comunicação (Secom)
Núcleo de Criação e Editoração (NCE)

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

NCE

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Controle Externo da Saúde
SAFS Qd 4 Lote 1
Edifício Anexo III Sala 243
Tel.: (61) 3316 7334
secexsaude@tcu.gov.br

Ouvidoria

Tel.: 0800 644 1500

ouvidoria@tcu.gov.br

Impresso pela Sesap/Segedam



Missão

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo.

Visão

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável.

www.tcu.gov.br

