



INFORMATIVO

EDIÇÃO 2 - NOVEMBRO/DEZEMBRO 2017

1. JURISPRUDÊNCIAS

1.1 STF - Fornecimento de Medicamento de Alto Custo

DECISÃO SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA. FORNECIMENTO DE CANAQUINUMABE: MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO REGISTRADO NA ANVISA. RISCO DE MORTE DA PACIENTE. DANO INVERSO. SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA INDEFERIDA.

(.....) **DECIDO. 8.** A possibilidade de suspensão, pelo Presidente do Supremo Tribunal Federal, de execução de decisões concessivas de segurança, de liminar e de antecipação dos efeitos de tutela contra o Poder Público somente se admite quando presentes, simultaneamente, os seguintes requisitos: a) as decisões a serem suspensas sejam proferidas em única ou última instância pelos tribunais locais ou federais; b) tenham potencialidade para causar grave lesão à ordem, à saúde, à segurança ou à economia públicas; c) a controvérsia tenha índole constitucional (STA n. 729-AgR/SC, Relator o Ministro Ricardo Lewandowski, Plenário, DJ 23.6.2015; STA n. 152-AgR/PE, Relatora a Ministra Ellen Gracie, Plenário, DJ 11.4.2008 e SL n. 32-AgR/PE, Relator o Ministro Maurício Corrêa, Plenário, DJ 30.4.2004). 9. O Presidente deste Supremo Tribunal dispõe de competência para suspender os efeitos da medida liminar deferida em mandado de segurança de competência originária de Tribunal de Justiça quando em questão matéria constitucional (Suspensão de Segurança n.

304-AgR/RS, Relator o Ministro Presidente, Plenário, DJ 19.12.1991). 10. As medidas de contracautela postas à disposição das pessoas jurídicas de direito público são excepcionais e destinam-se a resguardar a ordem, a saúde, a segurança e a economia públicas. Nelas não se analisa aprofundadamente o mérito da ação na qual proferida a decisão impugnada, restringindo-se a análise à presença dos aspectos relacionados à potencialidade lesiva do ato decisório em face dos interesses públicos relevantes assegurados em lei. 11. Na espécie vertente, trata-se de aplicação do art. 196 da Constituição da República. Presente, assim, a matéria constitucional a justificar o pedido de suspensão pela Presidência deste Supremo Tribunal. Em 7.6.2011, o Ministro Cezar Peluso negou seguimento à Suspensão de Segurança n. 4.316/RO e salientou que, quando o medicamento em questão é o único eficaz disponível para o tratamento clínico da doença, e quando a “suspensão dos efeitos da decisão impugnada poderia causar situação mais gravosa (inclusive o óbito da paciente) do que aquela que se pretende combater” resta “evidente (...) a presença do denominado risco de “dano inverso”. Ressaltou, ainda, que “o alto custo do medicamento não [seria], por si só, motivo suficiente para caracterizar a ocorrência de grave lesão à economia e à saúde públicas, visto que a Política Pública de Dispensação de Medicamentos excepcionais tem por objetivo contemplar o acesso da população acometida por

enfermidades raras aos tratamentos disponíveis” (SS n. 4.316/RO, Relator o Ministro Cezar Peluso, decisão monocrática, DJe 13.6.2011). Nesse mesmo sentido, este Supremo Tribunal decidiu a STA n. 761/SP: “Ementa: AGRAVO REGIMENTAL NA SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA. DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS. DIREITO À SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO INDISPENSÁVEL PARA O TRATAMENTO DE DOENÇA GENÉTICA RARA. MEDICAÇÃO SEM REGISTRO NA ANVISA. NÃO COMPROVAÇÃO DO RISCO DE GRAVE LESÃO À ORDEM E À ECONOMIA PÚBLICAS. POSSIBILIDADE DE OCORRÊNCIA DE DANO INVERSO. AGRAVO REGIMENTAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO. I - A decisão agravada não ultrapassou os limites normativos para a suspensão de segurança, isto é, circunscreveu-se à análise dos pressupostos do pedido, quais sejam, juízo mínimo de delibação sobre a natureza constitucional da matéria de fundo e existência de grave lesão à ordem, à segurança, à saúde, à segurança e à economia públicas, nos termos do disposto no art. 297 do RISTF. II – Constatação de periculum in mora inverso, ante a imprescindibilidade do fornecimento de medicamento para melhora da saúde e manutenção da vida do paciente. III – Agravo regimental a que se nega provimento” (STA n. 761/SP, Relator o Ministro Ricardo Lewandowski, Plenário, DJ 29.5.2015). Na espécie vertente, há documentos a indicarem, com base em laudos médicos, ser o medicamento pleiteado o único eficaz para melhora da saúde da paciente. Em seu parecer, a Procuradoria-Geral da República salientou: “Na espécie, não obstante o alto custo do fármaco requerido e o inegável impacto nas finanças dos requerentes, ficou demonstrada a imprescindibilidade do tratamento para a manutenção e melhora da saúde da paciente beneficiada, de forma que configurado o periculum in mora inverso a justificar a manutenção dos efeitos da decisão que se pretende suspender. Restou comprovado, mediante laudo médico, que a beneficiária,

após exames genéticos, é portadora de doença rara conhecida como deficiência de mevalonato quinase (Hiper IGD), sendo acompanhada há cerca de 20 (vinte) anos, com febre, dor abdominal, aftas repetitivas (oral e vaginal) e artrite. [...] nunca respondeu adequadamente ao tratamento, havendo necessidade de usar o agente interlucina 1 (Canaquinumabe). Como se vê, o relatório médico bem evidencia que medicamentos testados anteriormente não foram eficazes no tratamento da doença que acomete a interessada. Consta dos autos, ainda, que trabalhos científicos demonstram ser o medicamento em exame promissor [...] no tratamento da Deficiência de Mevalonato quinase (MKD) e que foi incluído no guideline de tratamento da MKD, de acordo com as recomendações do SHARE network (European initiative, single Hub and Access point for paediatric Rheumatology in Europe). Assinale-se que a chamada Síndrome de Hiper-IGD é autossômica recessiva, caracterizando-se por febres periódicas, linfadenomegalia cervical, dores abdominais, vômitos, diarreia, cefaléia, artralguas/artrites, ulceração aftóide, erupções pelomórficas e esplenomegalia². **Importante destacar que a droga em questão teve seu registro concedido pela agência brasileira publicado em 1º de março de 2013, de forma que ficam demonstradas sua eficácia, segurança e qualidade. Assim, comprovada a gravidade da doença, parece recomendável sejam mantidos os efeitos da decisão que determinou o bloqueio de verba pública para o fornecimento do fármaco, tendo em vista que a falta de tal medicamento pode ocasionar danos graves e irreparáveis à saúde da beneficiária, mostrando-se indubitável, na espécie, o chamado perigo de dano inverso”.** (grifos nossos) **Consta do sítio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ter-se na bula do medicamento Ilaris, nome comercial do fármaco canaquinumabe, datada de agosto de 2017, ser ele indicado para a Deficiência da Mevalonato Quinase (MKD) em adultos e crianças acima de dois anos.** 12. Pelo exposto, indefiro a suspensão. Publique-se. Brasília, 29 de setembro de 2017. Ministra CÁRMEN LÚCIA Presidente.

1.2. TJRJ – Repasses em Saúde

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. **REPASSE DE VERBA. SAÚDE PÚBLICA. TUTELA DE URGÊNCIA PARA DETERMINAR, ENTRE OUTRAS PROVIDÊNCIAS, OS REPASSES EM PROPORÇÃO MENSAL. INSURGÊNCIA ESTATAL. ATRIBUIÇÃO DE EFEITO SUSPENSIVO. AGRAVO INTERNO MANEJADO PELO PARQUET.** - Na origem, cuida-se de Ação Civil Pública com vistas à realização de repasses regulares e mensais do equivalente a **12% da arrecadação mensal dos impostos mencionados no artigo 6º da LC 141/2012 ao Fundo Estadual de Saúde (FES) para financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS).** - Efeito suspensivo concedido pela Relatora para sustar os efeitos da Tutela de Urgência conferida pelo Juízo de primeiro grau, fundada na gravíssima possibilidade de dano inverso, dada a severa crise econômico-social enfrentada pelo ente público, com destaque ao notório **estado** calamitoso de suas finanças, a exigir singular prudência. - Decisão da Presidência deste E. Tribunal de Justiça em atenção e alinhado ao decidido neste recurso. - Após cautelosa instrução e resguardo do contraditório, sobretudo com a suspensão do processamento para tentativa de celebração de

TAC, restou demonstrado que a inércia estatal remanesce, ainda que de modo parcial, em descumprimento aos ditames constitucionais. - Portanto, em face da ausência e/ou insuficiência de repasses financeiros regulares e automáticos ao fundo estadual de **saúde**, legitima-se o controle judicial de políticas públicas, garantindo que os repasses sejam efetivados regularmente e com periodicidade, sob pena de comprometer a efetivação judicial do direito à **saúde** no **Estado** do Rio de Janeiro e a continuidade de tão relevante serviço público. - Discricionariedade administrativa que não se confunde com arbitrariedade. Se a Constituição já estabelece uma cota mínima de despesa na efetivação do direito fundamental à **saúde**, a discricionariedade administrativa encontra um obstáculo constitucional intransponível à luz da força normativa dos princípios da eficiência e da continuidade do serviço público, tendo em vista que o direito à **saúde** básica compõe o mínimo existencial, de modo a afastar o argumento da reserva do possível, que não pode ser invocado em termos genéricos e abstratos. - Inteligência dos artigos 198 e 212 da CRFB/1988 e 6º da LC 141/2012, à luz dos princípios da proporcionalidade, eficiência administrativa, continuidade do serviço público e mínimo existencial. AGRAVO INTERNO CONHECIDO E PROVIDO.

1.3. STJ : Incidente de Demandas Repetitiva (IRDR) Tema 98

TESE FIRMADA: Possibilidade de imposição de multa diária (astreintes) a ente público, para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de recursos financeiros.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.474.665 - RS (2014/0207479-7). RELATOR: MINISTRO BENEDITO GONÇALVES. RECORRENTE: TERESINHA BRUNO PRIMÃO ASSIST POR : JOSÉ MARIA MACHADO PRIMÃO ADVOGADO: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL RECORRIDO: ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PROCURADOR : ANNE PIZZATO PERROT E OUTRO(S) - RS047384 INTERES. : UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
EMENTA PROCESSUAL CIVIL.
RECURSO ESPECIAL

REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. ART. 543-C DO CPC/1973. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PARA O TRATAMENTO DE MOLÉSTIA. IMPOSIÇÃO DE MULTA DIÁRIA (ASTREINTES) COMO MEIO DE COMPELIR O DEVEDOR A ADIMPLIR A OBRIGAÇÃO. FAZENDA PÚBLICA. POSSIBILIDADE. INTERPRETAÇÃO DO CONTEÚDO NORMATIVO INSERTO NO § 5º DO ART. 461 DO CPC/1973. DIREITO À SAÚDE E À VIDA. 1. Para os fins de aplicação do art. 543-C do CPC/1973, é mister delimitar o âmbito da tese a ser sufragada neste recurso especial representativo de controvérsia: possibilidade de imposição de multa diária (astreintes) a ente público, para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de

recursos financeiros. 2. A função das astreintes é justamente no sentido de superar a recalcitrância do devedor em cumprir a obrigação de fazer ou de não fazer que lhe foi imposta, incidindo esse ônus a partir da ciência do obrigado e da sua negativa de adimplir a obrigação voluntariamente. 3. A particularidade de impor obrigação de fazer ou de não fazer à Fazenda Pública não ostenta a propriedade de mitigar, em caso de descumprimento, a sanção de pagar multa diária, conforme prescreve o § 5º do art. 461 do CPC/1973. E, **em se tratando do direito à saúde, com maior razão deve ser aplicado, em desfavor do ente público devedor, o preceito cominatório, sob pena de ser subvertida garantia fundamental. Em outras palavras, é o direito-meio que assegura o bem maior: a vida.** Precedentes: AgRg no AREsp 283.130/MS, Relator Ministro Napoleão Nunes Maia Filho, Primeira Turma, DJe 8/4/2014; REsp 1.062.564/RS, Relator Ministro Castro Meira, Segunda Turma, DJ de 23/10/2008; REsp 1.062.564/RS, Relator Ministro Castro Meira, Segunda Turma, DJ de 23/10/2008; REsp 1.063.902/SC, Relator Ministro Francisco Falcão, Primeira Turma, DJ de 1/9/2008; e AgRg no REsp 963.416/RS, Relatora Ministra Denise Arruda, Primeira Turma, DJ de 11/6/2008. 4. **À luz do § 5º do art. 461 do CPC/1973, a recalcitrância do devedor permite ao juiz que, diante do caso concreto, adote qualquer medida que se revele necessária à satisfação do bem da vida almejado pelo jurisdicionado. Trata-se do "poder geral de efetivação", concedido ao juiz para dotar de efetividade as suas decisões.** 5. A eventual exorbitância na fixação do valor das astreintes aciona mecanismo de proteção ao devedor: como a cominação de multa para o cumprimento de obrigação de fazer ou de não fazer tão somente constitui método de coerção, obviamente não faz coisa

julgada material, e pode, a requerimento da parte ou ex officio pelo Documento: 71997847 - EMENTA / ACORDÃO - Site certificado - DJe: 22/06/2017 Página 1 de 2 Superior Tribunal de Justiça magistrado, ser reduzida ou até mesmo suprimida, nesta última hipótese, caso a sua imposição não se mostrar mais necessária. Precedentes: AgRg no AgRg no AREsp 596.562/RJ, Relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, DJe 24/8/2015; e AgRg no REsp 1.491.088/SP, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe 12/5/2015. 6. No caso em foco, autora, ora recorrente, requer a condenação do Estado do Rio Grande do Sul na obrigação de fornecer (fazer) o medicamento Lumigan, 0,03%, de uso contínuo, para o tratamento de glaucoma primário de ângulo aberto (C.I.D. H 40.1). Logo, é mister acolher a pretensão recursal, a fim de restabelecer a multa imposta pelo Juízo de primeiro grau (fls. 51-53). 7. Recurso especial conhecido e provido, para declarar a possibilidade de imposição de multa diária à Fazenda Pública. Acórdão submetido à sistemática do § 7º do artigo 543-C do Código de Processo Civil de 1973 e dos arts. 5º, II, e 6º, da Resolução STJ n. 08/2008. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça prosseguindo no julgamento, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. A Sra. Ministra Assusete Magalhães e os Srs. Ministros Sérgio Kukina, Regina Helena Costa, Gurgel de Faria, Napoleão Nunes Maia Filho e Mauro Campbell Marques votaram com o Sr. Ministro Relator. Não participaram do julgamento os Srs. Ministros Francisco Falcão e Og Fernandes. Brasília (DF), 26 de abril de 2017(Data do Julgamento) MINISTRO BENEDITO GONÇALVES Relator

Fonte:

http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp

1.4. STF: Repercussão Geral - Tema 06

RE 566471 RG / RN - RIO GRANDE DO NORTE. REPERCUSSÃO GERAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. SAÚDE - ASSISTÊNCIA - MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO - FORNECIMENTO. Possui

repercussão geral controvérsia sobre a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo. Decisão:O Tribunal, por unanimidade, reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional

suscitada. Ministro MARCO AURÉLIO
Relator. Julgamento: 15/11/2007 Órgão
Julgador: Tribunal Pleno - meio eletrônico.
Publicação DJe-157 DIVULG 06-12-2007
PUBLIC 07-12-2007. DJ 07-12-2007 PP-
00016 EMENT VOL-02302-08 PP-01685

FONTE:

<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRep>

[ercussao/listarProcesso.asp?
PesquisaEm=tema&PesquisaEm=controversia&P
esquisaEm=ambos&situacaoRG=TODAS&situac
aoAtual=S&txtTituloTema=&numeroTemaInicial
=6&numeroTemaFinal=6&acao=pesquisarProces
so&dataInicialJulgPV=&dataFinalJulgPV=&clas
seProcesso=&numeroProcesso=&ministro=&txtR
amoDireito=&ordenacao=asc&botao=](http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRep/ercussao/listarProcesso.asp?PesquisaEm=tema&PesquisaEm=controversia&PesquisaEm=ambos&situacaoRG=TODAS&situacaoAtual=S&txtTituloTema=&numeroTemaInicial=6&numeroTemaFinal=6&acao=pesquisarProcesso&dataInicialJulgPV=&dataFinalJulgPV=&classeProcesso=&numeroProcesso=&ministro=&txtRamalDireito=&ordenacao=asc&botao=)

1.5. Supremo julga constitucional o programa Mais Médicos

O Supremo Tribunal Federal (STF) julgou improcedente, nesta quinta-feira (30), a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5035, que questiona a legislação que criou o programa Mais Médicos. Por maioria, os ministros rejeitaram pedido formulado pela Associação Médica Brasileira (AMB), que pediu a declaração de inconstitucionalidade de vários pontos da Medida Provisória 691/2013, depois convertida na Lei 12.871/2013.

Prevaleceu o entendimento adotado pelo ministro Alexandre de Moraes, que afastou os argumentos principais apresentados pela AMB. Entre os pontos abordados, o ministro discutiu o atendimento ao direito à saúde, a necessidade de validação do diploma do médico estrangeiro e a questão da quebra de isonomia nas relações de trabalho.

O ministro observou que o Mais Médicos é prioritariamente oferecido àqueles diplomados no Brasil, aceitando na sequência os diplomados no exterior. O objetivo, diz, é fazer com que o atendimento chegue às áreas mais distantes do país. “Em alguns locais realmente não há médicos. Algumas comunidades, como aquelas de indígenas ou quilombolas, só veem o médico das Forças Armadas”, comentou.

Segundo o ministro, o modelo adotado pelo governo federal pode ser alvo de críticas, mas foi uma opção legítima para atender a maior preocupação da população, que é a saúde. “Pode não ter sido a melhor opção do ponto de vista técnico para alguns, mas foi uma opção de política pública válida, para, pelo menos, minimizar esse grave problema”, afirmou.

Diploma

Quanto à questão da necessidade de validação do diploma alegado pela AMB, o ministro observou que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XIII, autoriza o exercício do

trabalho cumpridas determinadas condições. “Não foi a Constituição Federal que estabeleceu a obrigatoriedade da revalidação. A legislação geral prevê. A medida prevista no artigo 16 da MP questionada é uma excepcionalidade”, afirmou. Ou seja, isso não significa que a norma específica deixou de exigir a qualificação necessária. E a norma estabelece que o médico será supervisionado, a bolsa é ligada a uma instituição de ensino e ele é fiscalizado pelo conselho de medicina. Se o bolsista não exercer bem as atribuições, sustenta o ministro, o médico será desligado do programa.

Relação de trabalho e isonomia

Segundo a leitura apresentada por Alexandre de Moraes, a prioridade estabelecida no Sistema Único de Saúde com o Mais Médicos foi o binômio ensino e serviços. Ao invés de investir na especialização para depois ter o retorno, fez os dois ao mesmo tempo. “Aqui não se trata de vínculo empregatício, é uma forma encontrada também em outros países, de especialização junto com a prestação de serviço”, afirmou. Entendeu também não haver hipótese de violação a concurso público.

Nesse contexto, observou tratar-se de uma relação que se faz com entidades, países, com bolsas oferecidas em uma relação que não se dá diretamente entre o Brasil e o médico específico. “Sobre o caso de Cuba é possível concordar ou não. O contrato foi feito primeiro com a Organização Mundial de Saúde (OMS), e da OMS com Cuba. Os médicos que se inscreveram sabiam das condições da bolsa”, afirmou.

Para o ministro, não se trata de uma questão de pagamento diferente de bolsas, pois não é uma diferenciação feita pelo Brasil. “Não é uma questão de pagamento diferente de bolsas. No caso, a entidade supervisora estatal cubana controla e fica com uma parcela. Mas nada obriga

o médico cubano a aceitar essa bolsa. O que há é que dentro desse tratado, dentro do pacto, cada país se estrutura de determinada maneira”, afirmou.

O voto do ministro Alexandre de Moraes foi acompanhado por maioria, vencidos o ministro relator, Marco Aurélio, e a ministra Rosa Weber. O ministro Alexandre de Moraes também votou pela extinção da ADI 5037, ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU), por ilegitimidade da parte. Isso porque o registro sindical da entidade foi invalidado por decisão judicial transitada em julgado. Vencido no ponto também o ministro Marco Aurélio.

Voto do relator

Ao iniciar o voto, o relator das ações, ministro Marco Aurélio, reconheceu a legitimidade da CNTU para ajuizar a ADI. Para ele, restringir o conceito de entidade de classe implica em reduzir a interação entre o Supremo e a sociedade, por isso, considerou necessário que o Tribunal amplie o rol de legitimados.

O ministro Marco Aurélio destacou em seu voto a relevância da matéria, tendo em vista que o tema afeta a atuação do SUS principalmente nas regiões mais carentes do Brasil e considerou que a estrutura atual é “insuficiente e falha”. Segundo ele, há uma grande desigualdade na distribuição dos médicos pelas regiões do país, com destaque para alguns estados do Norte e Nordeste.

Revalidação de diplomas estrangeiros

O relator votou pela inconstitucionalidade da dispensa de revalidação do diploma dos médicos estrangeiros e da remuneração menor paga aos médicos cubanos. Ele observou que em vez de limitar o acesso à profissão e o exercício com o intuito de prevenir os riscos trazidos à coletividade pela atuação de profissionais médicos inabilitados, a lei atacada optou por flexibilizar os critérios de avaliação das qualificações técnicas, necessárias ao exercício da medicina no âmbito do programa, “ampliando os potenciais danos à vida e à saúde dos pacientes atendidos pelos médicos intercambistas”.

“Ainda que o meio seja apto a fomentar o fim almejado, ambos carecem de legitimidade à luz da Constituição da República”, considerou. Para ele, a política pública destinada à

contratação de médicos estrangeiros sem a devida aferição dos atributos técnicos necessários ao exercício profissional não é suficiente e nem adequada.

O ministro Marco Aurélio salientou que a dispensa de revalidação do diploma é incompatível com o princípio da proibição de proteção deficiente “por se tratar de medida inapta a promover de maneira constitucional o direito à vida e à saúde dos pacientes atendidos por profissionais cuja qualificação técnica, considerada a realidade brasileira, não foi suficientemente avaliada pelos órgãos técnicos competentes”. O ministro ressaltou que a liberdade de profissão não se resume à esfera particular, tendo em vista que o exercício de certas profissões, como a de médico, por pessoas sem qualificações técnicas necessárias, pode resultar em graves danos à coletividade.

Contratação de médicos cubanos

Com base no artigo 7º, inciso XXX, da Constituição Federal, o relator salientou que a diferenciação salarial viola direitos sociais garantidos a trabalhadores. De acordo com ele, o Brasil veda qualquer contratação com tratamento discriminatório decorrente da nacionalidade, sexo, idade, cor ou estado civil, entre pessoas que prestam serviços iguais.

Ao citar o Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde, produzido pela OMS, o ministro ressaltou que o recrutamento de imigrantes profissionais de saúde deve ser conduzido conforme o princípio da transparência, justiça e promoção da sustentabilidade do sistema de saúde de países em desenvolvimento. Segundo esse documento, o profissional imigrante deve ser contratado, promovido e remunerado com base em critérios objetivos como níveis de qualificação, anos de experiência e grau de responsabilidade, baseados na igualdade de tratamento com pessoal de saúde do país.

Fonte:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=363404&caixaBusca=N>

Decisão: O Tribunal, por maioria, vencido o Ministro Marco Aurélio (Relator), acolheu a preliminar de ilegitimidade ativa ad causam da requerente e determinou a extinção do processo. Redator para o acórdão o Ministro Alexandre de Moraes. Ausente, justificadamente, o Ministro Ricardo Lewandowski. Falou, pelo Presidente da

República e pelo Congresso Nacional, a Ministra Grace Maria Fernandes Mendonça,

Advogada-Geral da União. Presidiu o julgamento a Ministra Cármen Lúcia. Plenário, 30.11.2017.

2. NOTÍCIAS

2.1 CAS vota classificação de fraude em lista do SUS como improbidade administrativa

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em reunião marcada para quarta-feira (29/11), votará o projeto que enquadra irregularidades na lista de cirurgias programadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como ato de improbidade administrativa. Entre as sanções previstas na Lei de Improbidade Administrativa (Lei 8.429/1992) para o caso estão a perda de bens ou função pública, a multa civil e a suspensão de direitos políticos. O projeto também enquadra na legislação o serviço de saúde que deixar de elaborar ou fraudar a lista de cirurgias programadas.

O projeto torna obrigatória a divulgação da lista de agendamento de cirurgias pelo SUS na internet, tanto as programadas por hospitais públicos quanto aquelas a cargo da rede privada conveniada. A lista deverá ter a identificação do paciente, bem como sua posição na lista de espera, conforme a especialidade médica pertinente e deve ser atualizada semanalmente.

O projeto (PLS 393/2015), de autoria do do senador Reguffe (sem partido-DF), tramita em caráter terminativo na CAS e, se aprovado e não houver recurso para seu exame pelo Plenário do Senado, seguirá diretamente para a análise da Câmara dos Deputados.

O relator, senador Otto Alencar (PSD-BA), apresentou voto favorável à proposta, com duas emendas. Uma delas determina que as filas de espera para realização de cirurgias eletivas estejam submetidas a processos de regulação instituídos pelos gestores competentes do SUS. Outra emenda apresentada permite a flexibilização da lista a partir de critérios estritamente médicos, devidamente justificados e registrados. Isso porque, segundo o senador, o quadro clínico do paciente sempre pode se agravar, o que tornaria necessária a adoção de medidas mais imediatas.

Fonte: <https://180graus.com/na-politica/cas-vota-classificacao-de-fraude-em-lista-do-sus-como-improbidade-administrativa>

3. DOUTRINA

MUDANÇA DO CRITÉRIO DE TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA FUNDO A FUNDO A PARTIR DE 2018

Por Francisco R. Funcia

O objetivo desta “Nota” é contribuir com o debate a respeito do entendimento das mudanças dos blocos de financiamento das transferências fundo a fundo do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos dias de dezembro passado e nesses primeiros de dias de janeiro de 2018, muitos gestores, ex-gestores, trabalhadores e usuários do SUS têm manifestado posições um pouco diferentes a respeito das mudanças promovidas pela Portaria 3992/2017.

1 – DA METODOLOGIA DO PROCESSO E DA LEGALIDADE DA MUDANÇA

PROMOVIDA PELA PORTARIA 3992, DE 27/12/2017, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Inicialmente, cabe ressaltar que esses entendimentos parcialmente diferenciados são reflexos da metodologia adotada pelo gestor federal do SUS e pela representação nacional dos gestores estaduais, distrital e municipais do SUS para definir as mudanças pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a saber, publicar nos últimos dias de 2017 sem debater e sem definir de forma participativa, com o conjunto de atores e movimentos sociais vinculados ao SUS, o conteúdo das mudanças

trazidas pela Portaria 3992/2017. A participação da comunidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, neste caso, não foi cumprido.

Essa mudança desrespeita à legislação do SUS, ao não submeter esse novo critério de transferência financeira fundo a fundo, que será comentado a seguir, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde (como estabelece a Lei Complementar nº 141/2012) – e tempo não faltou para esse fim, pois o anúncio inicial ocorreu numa reunião da CIT do final de janeiro/2017, além da desconsideração para com as recomendações formais do Conselho Nacional de Saúde (em março e julho/2017, disponíveis no site do CNS) – entre as quais, o estabelecimento de um processo de transição dessa mudança, com medidas imediatas (criação de seis contas bancárias – “atenção básica”, “média e alta complexidade”, “assistência farmacêutica”, “vigilância em saúde”, “gestão do SUS” e “investimento”) e de curto prazo, como a promoção de um amplo debate sobre o tema com especialistas, usuários, trabalhadores e gestores do SUS, sob a coordenação do CNS, instância máxima (constitucional e legal) de deliberação do SUS para uma decisão dessa natureza.

2 - PORTARIA 3992/2017: CENÁRIO DAS MUDANÇAS PROPOSTAS

A Portaria 3992/2017 apresenta inicialmente a concepção constitucional do SUS, a saber, o caráter tripartite do financiamento (no Artigo 1º referente ao artigo 2º da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017):

Art. 2º O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde.

No contexto da crise da economia brasileira e do terceiro ano consecutivo de recessão, as receitas da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios ficaram bastante prejudicadas em termos reais, o que trouxe dificuldades de financiamento das políticas públicas. Mas, com os novos mandatários do

governo federal a partir de maio de 2016, a política econômica neoliberal passou a dominar o conjunto das reformas constitucionais com o objetivo de cortar despesas primárias (para garantir o pagamento das despesas financeiras, como os juros da dívida pública), principalmente mediante a redução dos direitos sociais, com destaque para a Emenda Constitucional 95/2016 e a Reforma Trabalhista (incluindo aqui o irrisório aumento do salário mínimo para 2018), bem como o Projeto de Reforma da Previdência.

Desta forma, o papel dos gastos públicos (despesas primárias) como elemento ativo para a reversão da recessão econômica foi substituído por um conjunto de medidas que aprofundaram a crise econômica com o aumento do desemprego e queda de renda, consequência essa do que está sendo comemorado pelo atual governo e por boa parte da mídia e dos analistas de mercado como o “grande feito de 2017”: a inflação abaixo da meta. Na verdade, isso deveria ser motivo de recusa das contas federais pelo Tribunal de Contas da União e pelos Procuradores do Ministério Público de Contas da União, a saber, prejuízo ao interesse público: houve um grave erro de condução da política econômica, principalmente da monetária, que reduziu a inflação para além do necessário às custas do desemprego e da queda de renda de milhões de brasileiros para gerar benefício aos poucos milhares de rentistas (aqueles que ganham com os juros da dívida pública).

Desta forma, a EC 95/2016 representa uma grave ameaça aos gestores do SUS, porque terá início, a partir de 2018, um processo de redução de alocação de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde pelo início da vigência dessa regra constitucional do “ piso/teto”, a saber: valor correspondente aos 15% da Receita Corrente Líquida da União de 2017 acrescido da variação de 3% do IPCA/IBGE (índice dos 12 meses encerrados em junho/2017) para determinação do piso/teto de 2018; o valor encontrado para 2018 será acrescido da variação do IPCA/IBGE (dos 12 meses que se encerrarão em junho/2018) para determinação do piso/teto de 2019 e, assim, sucessivamente até 2036. Considerando que o “mercado” está projetando a inflação de 2018 em 4% para 2018, e como a correção do mínimo para aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde

(ASPS) em 2018 foi de 3%, bem como que a chamada “inflação da saúde” é mais elevada que a apurada pelo IPCA, haverá uma queda real do valor da aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2018. Além disso, com o crescimento populacional, a despesa ASPS per capita também cairá em termos reais. Sem contar a necessidade de financiamento para os incrementos de despesas públicas decorrentes da incorporação do progresso técnico e tecnológico do setor saúde. Considerando que 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferências fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, o cenário anteriormente apresentado aponta claramente para a redução dessas despesas, o que impactará negativamente o financiamento do SUS nesses entes da Federação – que estarão diante dessas alternativas: aumentar a alocação de recursos próprios para o financiamento de ASPS (o que significa reduzir recursos de outras áreas sociais) ou reduzir o atendimento e/ou fechar serviços de saúde. Se adotada esta última hipótese, aumentaria as necessidades de saúde da população não atendidas e haveria o desgaste político dos gestores estaduais, distrital e municipais, enquanto o gestor federal reduziria o valor dos repasses fundo a fundo pelo descumprimento do pactuado pelos entes da Federação, em consonância com os objetivos da EC 95/2016.

Portanto, a flexibilização dos critérios de transferência financeira dos recursos fundo a fundo atende inicialmente os objetivos do gestor federal do SUS, que “lava as mãos” para os impactos negativos da EC 95/2016 para o financiamento do SUS, repassando integralmente a responsabilidade pelo não atendimento das necessidades de saúde da população para os gestores estaduais, distrital e municipais; e esses gestores defendem a flexibilização da utilização dos recursos financeiros como um meio para enfrentar o cenário econômico de crise descrito anteriormente, num movimento meramente pragmático de sobrevivência. É nesse contexto também que precisam ser contextualizadas as flexibilizações promovidas na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional de Saúde Mental – abandono parcial do caráter programático da gestão para a

ascensão do pragmatismo.

Porém, os gestores estaduais, distrital e municipais de saúde precisam estar atentos para o real alcance dessa mudança trazida pela Portaria 3992/2017: trata-se de um novo critério apenas da transferência financeira fundo a fundo, mas está mantida a regra orçamentária dessa transferência (segundo a classificação das subfunções, das ações e da programação de trabalho estabelecida no Orçamento Geral da União, equivalentes aos seis blocos até então existentes também financeiramente), bem como está mantida a obrigatoriedade de cumprimento das ações e serviços pactuados financiados com recursos dessa transferência.

3 – PORTARIA 3922/2017: RESUMO COMENTADO

3.1) Foram criados dois blocos para as transferências financeiras fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios (artigo 1º da Portaria 3992/2017 referente ao artigo 3º da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017):

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Portanto, houve mudança de critério para as transferências financeiras fundo a fundo em desacordo com o estabelecido pela Lei Complementar 141/2012, pois tal mudança não foi submetida para análise e deliberação do Conselho Nacional de Saúde.

3.2) A movimentação financeira desses dois blocos deve ser feita em duas contas (uma para cada bloco) por meio de instituição financeira oficial nos termos do Decreto 7507/2011 (artigo 1º da Portaria 3992/2017):

§1º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais e movimentadas conforme disposto no Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011.

Essas duas contas bancárias devem ser do Banco do Brasil e/ou da Caixa Econômica Federal (o que será objeto também dos artigos posteriores que tratam das normas de operacionalização), bem como a movimentação financeira deve ser devidamente identificada conforme estabelece o Decreto 7507/2011.

3.3) A aplicação de recursos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deve obedecer às seguintes regras (artigo 1º da Portaria 3992/2017):

§2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados: I – a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados; II – o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e III – o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS em sua respectiva esfera de competência.

§3º A vinculação de que trata o inciso I do § 2º é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

As despesas estaduais, distrital e municipais com ASPs com os recursos oriundos das transferências financeiras fundo a fundo devem obedecer a classificação orçamentária (segundo as subfunções “atenção básica”, “assistência hospitalar e ambulatorial”, “suporte profilático e terapêutico”, “vigilância epidemiológica”, “vigilância sanitária” e “alimentação e nutrição”) que o Fundo Nacional de Saúde utiliza para empenhar, liquidar e realizar essas transferências financeiras fundo a fundo nas contas bancárias dos blocos “custeio” e “investimento”, bem como devem cumprir o pactuado na CIT e nos atos do SUS, que devem fazer parte dos

respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde.

3.4) A aplicação financeira dos saldos diários de caixa deve ser em fundos de curto prazo e sem risco, lastreados em títulos da dívida pública federal (artigo 1º da Portaria 3992/2017):

§4º Enquanto não forem investidos na sua finalidade, os recursos de que trata este artigo deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, observado o disposto no art. 1122.

§5º Os rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão obrigatoriamente aplicados na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, estando sujeitos às mesmas finalidades, regras e condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

Assim sendo, a receita financeira dessas aplicações das sobras de caixa deve ser utilizada para o financiamento das mesmas despesas previstas para cada conta do respectivo bloco – custeio e capital.

3.5) A transferência financeira do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, distrital e municipais de saúde, por meio das respectivas contas bancárias dos dois blocos, deve obedecer às seguintes exigências (artigo 1º da Portaria 3992/2017 referente ao artigo 4º da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017):

Art. 4º O repasse dos recursos de que trata o artigo 3º ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município fica condicionado à: I – instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária, na forma da legislação; II – instituição e funcionamento do Fundo de Saúde; III – previsão da ação e serviço público de saúde no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; IV – apresentação do Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde; e V – alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde.

Os incisos III e IV do artigo 4º acima apresenta uma falha na regulamentação, pois não exige a comprovação das respectivas aprovações dos

instrumentos citados pelos respectivos Conselhos de Saúde; a simples submissão a essas instâncias do SUS não caracteriza que houve a análise e deliberação pelo controle social, o que desrespeita a Lei Complementar 141/2012, a Lei 8142/90 e o princípio constitucional de participação da comunidade no SUS.

3.6) Além de obedecer à classificação das subfunções orçamentárias adotada pelo Fundo Nacional de Saúde para empenho, liquidação e pagamento dessa transferência financeira, bem como obedecer o que foi pactuado na CIT e nos atos normativos do SUS, os Estados, Distrito Federal e Municípios devem respeitar a classificação segundo os “elementos de despesa”, conforme segue (artigo 1º da Portaria 3992/2017 referente aos artigos 5º ao 8º da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017):

Art. 5º Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio de que trata o inciso I do caput do art. 3º serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em conta corrente única e destinar-se-ão: I – à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e II – ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde. Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio para o pagamento de: I – servidores inativos; II – servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde; III – gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde; IV – pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e V – obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.” (NR)

Art. 6º Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde de que trata o inciso II do caput do art. 3º serão transferidos em conta corrente única, aplicados conforme

definido no ato normativo que lhe deu origem, e destinar-se-ão, exclusivamente, à: I – aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; II – obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e III – obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde. Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Art. 7º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme definido em seus atos normativos, devendo ser movimentados em conta corrente específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

“Art. 8º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos: I – pactuados na Comissão Intergestores Tripartite – CIT; e/ou II – para atender a situações emergenciais ou de riscos sanitários e epidemiológicos. Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput devem ser aplicados em conformidade com o respectivo ato normativo.

Especificamente, os artigos 6º e 7º citados enfatizam a priorização do financiamento de atividades finalísticas em relação às chamadas atividades “meio” (ou administrativas), além das demais exigências anteriormente comentadas de cumprimento da classificação orçamentária adotada pelo Fundo Nacional de Saúde e do pactuado na CIT para a realização das despesas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios oriundas dessas transferências fundo a fundo nas duas contas bancárias. Além disso, novas contas bancárias poderão ser criadas para recursos oriundos de termos de convênios e parcerias internacionais, bem como de outras pactuações que vierem a ser firmadas na CIT, inclusive para ações emergenciais de saúde (conforme os artigos 7º e 8º citados).

3.7) Os artigos a seguir apresentados tratam das normas de operacionalização (artigo 1º da Portaria 3992/2017 referente aos artigos 1121 ao 1128, 1147, 1148, 1150 e 1154 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017):

CAPÍTULO I DA OPERACIONALIZAÇÃO

DAS TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FEDERAIS AOS ESTADOS, AO DISTRITO FEDERAL E AOS MUNICÍPIOS, A SEREM REPASSADOS DE FORMA AUTOMÁTICA, SOB A MODALIDADE FUNDO A FUNDO, EM CONTA CORRENTE ÚNICA PARA CADA BLOCO DE FINANCIAMENTO
Art. 1121. Ficam definidas as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, Distrito Federal e Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta corrente única para cada Bloco de Financiamento de que trata esta Portaria.

Art. 1122. As contas correntes únicas dos Blocos de Financiamento para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, Distrito Federal e Municípios serão abertas pelo Ministério da Saúde, por meio da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS, por processo automático, para os Blocos de Financiamento de que trata o art. 3º, exclusivamente, nas seguintes instituições financeiras oficiais federais: I – Banco do Brasil S/A; e II – Caixa Econômica Federal.

§1º A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS deverá firmar acordos de cooperação com as instituições financeiras oficiais federais de que trata este artigo, para estabelecer as regras de operacionalização.

§2º Cabe aos gestores dos fundos de saúde dos Estados, dos Municípios ou do Distrito Federal beneficiários dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde: I – efetuar os registros necessários para regularização das contas correntes junto às instituições financeiras oficiais federais em até cinco dias úteis após sua abertura pela Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS; e II – definir se os recursos deverão ser mantidos em aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, prevista no § 4º do art. 3º, ou se serão transferidos para caderneta de poupança.

Art. 1123. A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS somente abrirá contas correntes, nas instituições financeiras de que trata o art. 1122, vinculadas ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica -CNPJ próprio do respectivo fundo de saúde, nos termos das normas editadas pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Art. 1124. Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão movimentados por meio de contas correntes específicas, observado o disposto no art. 7º.

Art. 1125. Os recursos financeiros relativos às ações vinculadas a cada Bloco de Financiamento serão transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios conforme cronograma de desembolso do Fundo Nacional de Saúde, obedecida a programação financeira da Secretaria do Tesouro Nacional.

Art. 1126. A solicitação de alteração do domicílio bancário pelo gestor de saúde deverá ser feita por meio de encaminhamento de expediente ao Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde, caso em que o novo domicílio bancário deve ser mantido por, no mínimo, um ano.

Art. 1127. As regras de formação da nomenclatura das contas correntes serão definidas em ato específico do Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS.

Art. 1128. A Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS poderá expedir normas e orientações complementares para a operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo.

Art. 1147. Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

“Art. 1148. Os órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde e os órgãos responsáveis pelo monitoramento, regulação, controle e avaliação dessas políticas devem acompanhar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e proceder à análise dos Relatórios de Gestão, com vista a identificar informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões na sua área de competência. Parágrafo único. Sem prejuízo da fiscalização exercida pelos

órgãos de controle interno e externo e do disposto no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, sempre que constatadas irregularidades, os órgãos e entidades de que trata o caput devem indicar a realização de auditoria e fiscalização específica pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria – SNA que, sempre que possível, deverá atuar de maneira integrada com os demais componentes.

Art. 1150. Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, bem como em observância ao disposto no inciso VII do caput do art. 5º do Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001, a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS divulgará, em seu sítio eletrônico, as informações sobre as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como: I – Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde: a) Atenção Básica; b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Assistência Farmacêutica; d) Vigilância em Saúde; e e) Gestão do SUS; e II – Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde: a) Atenção Básica b) Atenção Especializada c) Vigilância em Saúde; d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e e) Gestão do SUS.

§ 1º O Ministério da Saúde poderá estabelecer formas complementares de organização e identificação das informações sobre as transferências de recursos federais, com vistas ao monitoramento de programas, projetos e estratégias específicos relacionados à política de saúde.

§2º As formas complementares de organização e identificação a que se refere o § 1º não ensejarão, em hipótese alguma, necessidade de identificação, nos orçamentos dos Municípios, Estados e Distrito Federal, de Programas de Trabalho mais específicos que aqueles existentes no Orçamento Geral da União que deram origem ao repasse.

Art. 1154. O Órgão Setorial do Sistema Federal de Planejamento e Orçamento divulgará, anualmente, em ato específico, o detalhamento dos Programas de Trabalho das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde que serão onerados pelas transferências de recursos federais referentes a cada Bloco

de Financiamento.

Essas normas repetem e/ou detalham aspectos comentados nos artigos anteriores, mas alguns destaques são necessários:

3.7.1) Os Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde devem cumprir as normas estabelecidas pelo Fundo Nacional de Saúde para a abertura das duas contas bancárias no Banco do Brasil e/ou na Caixa Econômica Federal, inclusive quanto à nomenclatura; 3.7.2) O §1º do artigo 1º da Portaria 3992/2017 estabelece que “os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática”, mas o artigo 1125 condiciona essa “forma regular e automática” ao “cronograma de desembolso do Fundo Nacional de Saúde, obedecida a programação financeira da Secretaria do Tesouro Nacional”. Em outros termos, a área econômica do governo federal não disponibiliza para o Fundo Nacional de Saúde os recursos financeiros correspondentes ao mínimo constitucionalmente estabelecido para a realização das suas despesas enquanto “unidade orçamentária e gestora” (conforme determina o artigo 14 da Lei Complementar 141/2012).

3.7.3) A comprovação da aplicação dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde nos termos da classificação orçamentária, da pactuação na CIT e dos atos normativos do SUS referentes a essas transferências, bem como segundo a LC 141/2012 (que define o que são e o que não são ASPs), pelos gestores estaduais, distrital e municipais deverá ser feita por meio dos Relatórios de Gestão, conforme parágrafo único do artigo 1147, que reitera a norma fixada na LC 141/2012. Sobre isto, a regulamentação é falha ao não obrigar também o acompanhamento parcial do cumprimento dessa aplicação por meio dos Relatórios de Prestação de Contas do 1º e 2º Quadrimestres estabelecidos pela LC 141/2012 – afinal, os gestores deverão ter um controle interno rigoroso para garantir que o fluxo financeiro das despesas realizadas por meio de duas contas bancárias (uma para cada bloco) seja compatível com as vinculações e classificações orçamentárias dessas despesas conforme a transferência financeira realizada pelo Fundo Nacional de Saúde, bem como em cumprimento ao pactuado na CIT e nos atos do SUS, sob pena de desvio de finalidade na aplicação do recurso.

Para finalizar, em outros termos, não basta apenas o gestor estadual, distrital e municipal empenhar de forma correta a despesa com ASPS, mas é preciso também aplicar financeiramente o recurso empenhado nas respectivas subfunções segundo os diferentes vínculos e detalhamentos estabelecidos nas pactuações na CIT e nos atos do SUS (por exemplo, comprovar a oferta e utilização de “x” leitos de maternidade, de “y” equipes de saúde da família, etc.). É muito importante que exista uma articulação entre o Conselho Nacional de Saúde com o Fundo Nacional de Saúde nesse acompanhamento (o artigo 1150 acima possibilita essa articulação, inclusive quanto ao acompanhamento segundo os seis blocos de financiamento até então existentes), bem como entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, pelo menos quadrimestralmente e quando da análise do Relatório Anual de Gestão. Além disso, é muito importante também que o Conselho Nacional de Saúde cobre regularmente das áreas técnicas do Ministério da Saúde informações referentes “a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e proceder à análise dos Relatórios de Gestão” (conforme estabelece o artigo 1148 acima citado) por parte dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Entendemos que, no atual contexto de “exceção” do país, não é recomendável promover mudanças, como estas trazidas pela Portaria 3992/2017 do Ministério da Saúde. Por isso, é importante destacar os riscos assinalados dessa flexibilização das transferências financeiras fundo a fundo, especialmente no contexto da EC 95/2016, em que o gestor federal terá como argumento “os gestores estaduais, distrital e municipais têm autonomia para usar o recurso fundo a fundo”

para se eximir de responsabilidade no atendimento às necessidades de saúde da população; ou, também, o risco de que a maioria de Governadores e Prefeitos, em conjunto com os respectivos secretários de planejamento e finanças e/ou fazenda, submeta os secretários de saúde às decisões políticas e pragmáticas da chamada “Administração Superior” na utilização dos recursos do SUS - antes, por exemplo, o secretário de saúde tinha o forte argumento de que não poderia utilizar o recurso da conta bancária vinculada ao Bloco Atenção Básica para pagar despesas referentes ao Bloco de Média e Alta Complexidade; e agora? Se resistir será exonerado...

Mas, a manutenção das regras orçamentárias e do que foi pactuado na CIT para a utilização dos recursos nessa Portaria 3992/2017 ainda representa uma possibilidade de que sejam respeitadas as diretrizes estabelecidas na 15ª Conferência Nacional de Saúde realizada segundo os princípios do planejamento ascendente da LC 141/2012 e, para tanto, é necessário que os Conselhos de Saúde aprimorem os instrumentos de fiscalização, monitoramento e avaliação da execução das despesas com ASPS conforme as deliberações do controle social nas três esferas de governo. É importante ressaltar que planejamento integrado e ascendente não significa que o Plano Nacional de Saúde deva ser o resultado da soma de mais de 5570 planos municipais de saúde com 27 planos estaduais de saúde, fragmentados, mas sim que o movimento dialético seja respeitado tal qual foi na 15ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em dezembro/2015) na elaboração do Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e aprimorado na realização da 16ª (8ª+8) Conferência Nacional de Saúde em 2019, cujo lançamento oficial ocorreu na reunião de dezembro/2017 do Conselho Nacional de Saúde.

Fonte: <http://idisa.org.br/domingueira/2018-domingueira-da-saude-02>2018

4. NORMATIVOS

4.1. RESOLUÇÃO CFM N. 2.171, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.147/16 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; CONSIDERANDO que o Parecer CFM nº 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados; CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para credenciamento em alta complexidade em oncologia; CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nos Hospitais de Ensino; CONSIDERANDO que a Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos de Causas Mortis; CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 3123, de 7 de dezembro de 2006, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde; e CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017, resolve:

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 6º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 7º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 8º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência

desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 9º É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 10 Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 11 A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12 A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Art. 13 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Mauro Luiz de Britto Ribeiro
Presidente do Conselho Em exercício

Henrique Batista e Silva
Secretário-Geral

4.2. Nota Técnica CONASEMS

Assunto: Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)

No dia 28 de dezembro foi publicada a **Portaria nº 3.992, de 28/12/2017** alterando a **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017**, que contemplava o conteúdo da portaria nº 204/2007 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde.

A nova normativa estabeleceu que a transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo, hoje repassados em cinco blocos, passará a ser realizada em apenas uma conta financeira.

Além disso, os recursos para investimentos serão transferidos para uma só conta corrente específica para os investimentos.

Ou seja, a partir de 10 de janeiro de 2018 os municípios receberão os recursos federais em somente duas contas financeiras.

FINANCIAMENTO

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e na Lei Orgânica da Saúde.

Cabe a cada esfera de gestão a aplicação mínima obrigatória de recursos tributários nos seguintes percentuais:

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
		De 2000 a 2015	A partir de 2015	2017	A partir de 2018		
Desde 2000	Desde 2000	De 2000 a 2015	A partir de 2015	2017	A partir de 2018		
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015	EC 95/2016	EC 95/2016		
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano Base RCL		Ano Base RCL		Base: gasto ano anterior
			2016	13,20%	-	-	Valor gasto no ano anterior + IPCA
			2017	13,70%	2017	15,00%	
			2018	14,10%	-	-	
			2019	14,50%	-	-	
			2020	15,00%	-	-	

Os recursos financeiros federais administrados pelo Fundo Nacional de Saúde destinam-se a financiar as ações e serviços públicos em saúde das entidades integrantes do SUS.

Parte deste recurso é transferida para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde.

A partir de janeiro de 2018 os recursos do Ministério da Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados aos Estados, ao Distrito

Federal e aos Municípios, serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

I. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e

II. Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde;

Os recursos que compõem cada Bloco serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco e mantidas em instituições financeiras oficiais federais.

CONDIÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS

O Ministério da Saúde somente poderá transferir recursos para o Estado, Distrito Federal e Município que tiver, conforme já dispões a Lei Complementar 141 (Brasil 2012) :

I. Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS.

I. Conselho de Saúde instituído e em funcionamento;

II. Fundo de Saúde instituído por lei, categorizado como fundo publico em funcionamento;

III. Plano de Saúde, programação anual de saúde e relatório de gestão submetidos ao respectivo conselho de Saúde;

MONTANTE DE RECURSOS FEDERAIS A SER TRANSFERIDO

A memória de cálculo utilizada para repasse de recursos continuará a mesma, não havendo nenhuma alteração no método de cálculo e distribuição dos recursos federais.

REGRAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio bloco, observando também :

I. Que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do

Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e

II. o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias e resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS.

III. Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento geral da União, ao final do exercício financeiro.

Os municípios terão flexibilização no uso dos recursos em cada conta dos blocos de custeio e investimento durante todo o exercício, no entanto, deverão demonstrar ao final do exercício financeiro a vinculação dos recursos federais repassados, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram realizados os repasses.

O Fundo Nacional de Saúde divulgará, em seu sítio eletrônico, as informações sobre as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por Grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

I. Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

a) Atenção Básica;

b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

c) Assistência Farmacêutica;

d) Vigilância em Saúde; e

e) Gestão do SUS.

II. Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

a) Atenção Básica

b) Atenção Especializada

c) Vigilância em Saúde;

d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e

e) Gestão do SUS

Importante destacar que essa memória de cálculo, seja qual for o nível de detalhamento dela, serve para fins de transparência e registro de série histórica do próprio FNS, mas não vinculam o uso dos recursos, não configuram “caixinhas”. A norma, inclusive é explícita, quando diz que essas referências (memórias) “não ensejarão, em hipótese alguma, necessidade de identificação, nos orçamentos dos Municípios, Estados e Distrito Federal”.

Os municípios terão maior flexibilidade financeira, no entanto, devem, ao final do exercício, cumprir o Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que originou o repasse. Isto é necessário por conta da finalidade do Programa de Trabalho do Orçamento Federal que originou o repasse e gera vinculação, nos termos na portaria, ao final do exercício financeiro.

Observa-se, ainda, que na hipótese de saldos de um ano para o outro, a vinculação é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no respectivo fundo de saúde. Enquanto os recursos não forem utilizados, deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos.

Os rendimentos das aplicações financeiras deverão ser obrigatoriamente aplicados na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, estando sujeitos às mesmas finalidades e condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

Bloco de Custeio

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio transferidos são destinados à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Fica vedada a utilização de recursos federais referentes ao Bloco de Custeio para o pagamento de:

I. servidores inativos;

II. servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções

relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;
III. gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;
IV. pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
V. obras de construções novas, bem como reformas e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Bloco de Investimento

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde também serão transferidos em conta corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo pactuado e publicado em portaria específica, e destinar-se-ão, exclusivamente, à:

I. aquisição de equipamentos;
II. obras de construções novas utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
III. obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Condicionalidades para transferências

As contas correntes dos blocos de custeio e investimento serão abertas pelo Ministério da Saúde por meio da Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde nas seguintes instituições financeiras: Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal *Os gestores dos fundos de saúde deverão comparecer à agência bancária para regularizar o registro das contas em até 05 dias úteis após a abertura das contas pelo Fundo Nacional de Saúde.*

O gestor também deverá definir se os recursos deverão ser mantidos em aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, ou se serão transferidos para caderneta de poupança.

O FNS/SE/MS somente abrirá contas correntes vinculadas ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) próprio do respectivo fundo de saúde, nos termos do regulamento editado pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Os recursos financeiros relativos às ações vinculadas a cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios conforme cronograma de desembolso do Fundo Nacional de Saúde, obedecida a programação financeira da Secretaria do Tesouro Nacional.

MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde será feito por meio do Relatório de Gestão que deverá ser elaborado e submetido ao conselho de saúde e apresentado ao Ministério da Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde esta apresentação deverá ser feita em sistema próprio que será disponibilizado ainda no início de 2018.

A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017 que trata da consolidação das Normas sobre Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, da Organização e do Funcionamento do SUS, especificamente em seu Título IV, Capítulo I, artigos 94 a 101.

As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

O Ministério da Saúde divulgará anualmente, o detalhamento dos Programas de Trabalho das dotações orçamentárias consignadas ao órgão que serão onerados pelas transferências de recursos federais referentes a cada Bloco de Financiamento, ou seja, os Programas de Trabalho do Orçamento Geral da União que geram repasses municípios, como Promoção da Atenção Básica em

Saúde, Assistência Farmacêutica, Atenção Média e Alta Complexidade, dentre outros, serão divulgados, ano a ano.

Sobre os saldos existentes nas contas correntes, vinculadas aos antigos Blocos de Financiamento de Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Gestão do SUS, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde e transferidos até o exercício de 2017, eles poderão ser remanejados para a conta corrente única do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, caso o município queira, no entanto, para o uso desses recursos, o gestor deve observar:

I. a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram originalmente realizados os repasses; e

II. o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos que regulamentaram o repasse à época do ingresso dos recursos no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

III. dos recursos no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

RECURSOS PENDENTES REFERENTES A PROPOSTAS E PROJETOS DE INVESTIMENTO

Os recursos pendentes de repasse referentes a propostas e projetos de investimento com execução financeira iniciada em data anterior a entrada em vigor desta Portaria serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para as mesmas contas em que foram transferidas as parcelas anteriores.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Os municípios não terão que reorganizar os seus orçamentos para executar os recursos federais. As vinculações orçamentárias, como não poderiam deixar de ser, continuam exatamente como sempre foram e devem refletir as ações pactuadas de governo. A referida Portaria separa definitivamente, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro.

Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas (Ministério da Saúde).

Referências:

Brasil. "Constituição Federal." Constituição Federal. Brasília: Brasília, 5 out 1988. —. "Lei Complementar 141." 2012.

Ministerio da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. 28 12 2017. 05 01 2018 <<http://portalfns.saude.gov.br/slideshow/1898-consideracoes-sobre-a-portaria-3-992-de-28-12-2017-que-trata-do-financiamento-e-da-transferencia-dos-recursos-federais-para-as-acoes-eos-servicos-publicos-de-saude>>. —. "Portaria GM 3992." 29 dezembro 2017: 91, 92.

5. PRODUTIVIDADE DO ANO DE 2017

Produtividade	Quantidade
Auxílio em audiência	19
Atendimentos	285
Correspondências expedidas (Memorandos/Ofícios/ e-mails)	853
Correspondências recebidas (Memorandos/Ofícios/ e-mails)	1066
Reuniões	110
Notas técnicas	1

Pareceres	34
Eventos (participação e organização)	77
Projetos executados no período	2
Informativos elaborados e divulgados	1
Fiscalizações	7

Outros:

- No ano de 2017, o CAODS elaborou **253** minutas de peças (ACPs, TACs, Recomendações e outros), como apoio aos órgãos de execução, bem assim, encaminhou **575** subsídios doutrinários, legislativos, jurisprudências, relatórios de auditorias/fiscalizações/ inspeções e notícias sobre a saúde;

- Participa do Fórum Estadual da Rede Cegonha, Sala Estadual de Coordenação e Controle da Dengue, Fórum Interinstitucional Permanente de Saúde Pública, Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, Grupo Condutor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde do Piauí e Rede de Controle.