



**Conselho de
Monitoramento e
Avaliação de
Políticas Públicas**

Relatório de Avaliação

Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - MAC

Ciclo 2020

CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

COMITÊ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE GASTOS DIRETOS

**Ciclo CMAP
2020**

**Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta
Complexidade - MAC**

**Coordenador da avaliação
Controladoria-Geral da União**

**Executores da avaliação
Controladoria-Geral da União
Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas**

Informações:

Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria

Tel: (61) 3412-2358/2360

Home Page:

<https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/>

**É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo
deste relatório desde que mencionada a fonte.**

Sumário

1	CONTEXTO DA AVALIAÇÃO	3
1.1	Média e Alta Complexidade no SUS: Um Conceito Aberto	3
1.2	A Média e Alta Complexidade no Orçamento da União	6
1.3	A Execução Financeira da MAC no Nível Federal: As Transferências na Modalidade Fundo a Fundo.....	9
1.4	Critérios de Rateio dos Recursos Federais na Média e Alta Complexidade.....	13
1.5	As Diferenças e as Relações entre o Financiamento da MAC e a Remuneração dos Serviços Prestados.....	14
1.6	A Regionalização como Parâmetro Territorial para a Média e Alta Complexidade e os Desafios do Acesso.....	16
1.6.1	Materializando os vazios assistenciais na Média e Alta Complexidade.....	18
2	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	26
2.1	Estrutura do Modelo de Financiamento da Média e Alta Complexidade no SUS.....	26
2.1.1	O Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade e os Valores Extra-Limite ..	27
2.1.2	Detalhando o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade.....	29
2.1.3	Detalhando os Valores Extra Limite	31
2.1.4	A Vinculação entre os Montantes Transferidos a Oferta de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares.....	32
2.2	Processo de Decisão sobre a Distribuição dos Recursos Federais da MAC entre os Entes Federativos.....	35
2.3	Efeito da Distribuição de Recursos da MAC sobre o Acesso a Internações e Procedimentos de Alta Complexidade.....	39
2.3.1	Metodologia - Distâncias médias percorridas e taxa de evasão macrorregional para atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade no SUS	40
2.3.2	Resultados – Quantidades e valores médios da produção SUS de Alta Complexidade informada nos sistemas de produção	42
2.3.3	Resultados – Gasto público por macrorregiões	44
2.3.4	Resultados – Distâncias Médias Percorridas.....	46
2.3.5	Resultados – Um olhar sobre a organização da APAC e do acesso: o exemplo da hemodiálise	48
2.3.6	Resultados – Participação do gasto federal e distância média percorrida para fora da região de saúde	52
2.3.7	Resultados – Discussão e Considerações Finais	52
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	Referências bibliográficas	54

1 CONTEXTO DA AVALIAÇÃO

1.1 Média e Alta Complexidade no SUS: Um Conceito Aberto

A divisão da assistência à saúde em níveis de atenção é comum nas análises dos sistemas de saúde. Em consonância com essa perspectiva, os art. 7º e 8º da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS) estabelecem que as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser organizados em rede e de acordo com os níveis de complexidade.

Conforme Santos (2013), a organização em níveis de complexidade significa que “o serviço de menor densidade tecnológica, a atenção primária, deve ser a ordenadora e o centro do sistema, atuando como filtro para os demais níveis de complexidade”. Os normativos basilares do SUS, tais como a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990 não indicam expressamente quais são esses níveis de complexidade. No entanto, outros regulamentos do SUS e a literatura sobre a organização dos sistemas de saúde adotam o modelo de hierarquização em três níveis, são eles: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

Existem variações dessa terminologia, mas que possuem significados similares. A atenção primária, por exemplo, também é chamada de atenção básica. Já os níveis secundários e terciários são usualmente tratados em conjunto e recebem denominações como “atenção especializada” ou “atenção à média e alta complexidade”.

Esse conceito de hierarquização remete ao conceito de organização piramidal (Lavras, 2015), onde a base é representada pelo nível primário, que seria responsável por resolver por volta de 85% das necessidades de saúde dos usuários (Santos, 2013), e o meio e topo da pirâmide são formados pela atenção especializada (média e alta complexidade). No entanto, o conceito de organização do SUS em redes, também prescrito no art. 198 da CF/88, se contrapõe a essa lógica piramidal, preconizando uma interpretação desfragmentada da atenção à saúde (Lavras, 2015). Portanto, é importante que as políticas de saúde levem em consideração que a hierarquização dos serviços não deve prejudicar a integração entre os diferentes níveis, de modo a assegurar a integralidade do cuidado preconizada no art. 198 da CF/88.

Nessa perspectiva de que o conceito de Média e Alta Complexidade (MAC) abrange todas as ações relacionadas aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, verifica-se que há um grande conjunto de serviços que se enquadram nessa definição. Em uma tentativa de classificar quais são os serviços inclusos no conceito de MAC, a publicação “O SUS de A a Z (2009)”, do Ministério da Saúde, contém a seguinte definição sobre média e alta complexidade:

MÉDIA COMPLEXIDADE: Ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

ALTA COMPLEXIDADE: Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

O conceito de Média e Alta Complexidade, portanto, está relacionado a uma grande quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares atrelados a diversos agravos e a diversas especialidades médicas. Não é à toa que a média e alta complexidade é por vezes confundida como a atenção hospitalar, uma vez que praticamente todos os atendimentos realizados nos hospitais são referentes à MAC.

Mas a MAC não se restringe aos serviços hospitalares propriamente ditos. Outros estabelecimentos de saúde tais como pronto socorros, unidades de pronto atendimento, unidades móveis de saúde, policlínicas ofertam serviços de média e alta complexidade.

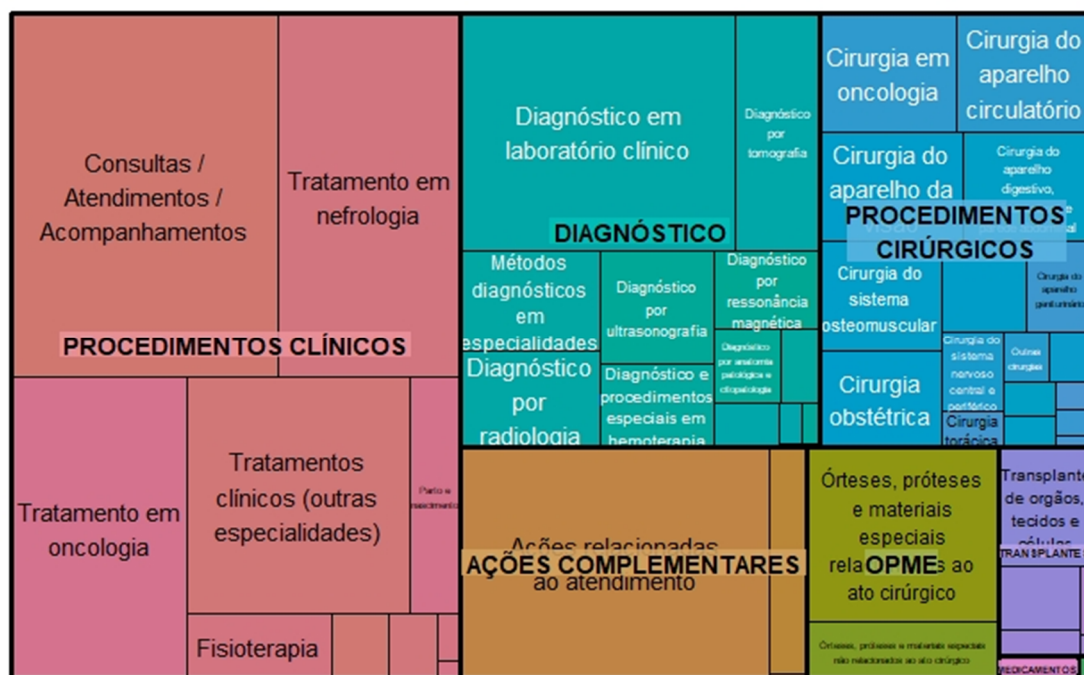
Destaca-se que uma das formas de registrar os serviços de MAC é por meio dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. No caso do SUS, todos procedimentos constam em uma tabela única denominada Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SUS), que contém diversos atributos relacionados aos procedimentos ofertados, tais como a descrição do procedimento, as idades mínimas e máximas, a quantidade preconizada para cada paciente e os valores financeiros atribuídos para cada procedimento.

Em relação a esse atributo, dos valores financeiros, cumpre destacar que os valores dos procedimentos pela Tabela SUS é um referencial para a remuneração dos serviços e para o financiamento do sistema, mas não corresponde necessariamente ao valor dispendido para o custeio daquele serviço, conforme tratado adiante nesse relatório.

Ainda sobre a amplitude do conceito de MAC, destaca-se que, considerando os registros de atendimentos realizados pelo SUS e registrados nos sistemas oficiais em 2019, são 3.958 procedimentos distintos de média e alta complexidade realizados. Esses procedimentos da MAC vão desde consultas médicas em atenção especializada (código 03.01.01.007-2) até transplante de coração (código 05.05.02.004-1).

Para ilustrar esse cenário, o gráfico a seguir indica quais são os principais grupos e subgrupos de procedimentos de média e alta complexidade ofertados pelo SUS no ano de 2019, ou seja, no último exercício não afetado pela pandemia de covid-19. Para tanto, foram considerados os valores de todos os procedimentos de MAC registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Os tamanhos dos retângulos referentes a cada grupo ou subgrupo são proporcionais à sua participação no faturamento total.

Gráfico 1: Principais procedimentos de Média e Alta Complexidade no SUS, conforme valor da produção ambulatorial e hospitalar de 2019



Fonte: Elaboração própria, com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Nesse contexto, é importante reconhecer que a MAC não é uma única política pública. É um conceito amplo, que engloba cerca de 4 mil tipos diferentes de serviços de saúde. Serviços esses executados por diferentes profissionais, em diferentes localidades e com diferentes insumos. Isso exige que as análises a respeito do tema sejam delimitadas por algum critério. Dentre esses possíveis recortes, destacam-se os seguintes:

POR ESPECIALIDADES: Trata-se de um dos recortes mais comuns nas discussões sobre MAC. Nessa perspectiva, fazem parte da média e alta complexidade todas as especialidades médicas relacionadas à atenção à saúde, tais como cardiologia, oncologia, nefrologia, ortopedia etc. Nesse sentido, uma avaliação sobre a oferta de cirurgias oncológicas, por exemplo, corresponde a uma avaliação de parte da MAC.

POR TIPO DE PROCEDIMENTO: Conforme tratado anteriormente, os procedimentos ambulatoriais e hospitalares são os principais referenciais dos serviços de MAC. Dentre os tipos de procedimentos, citam-se as cirurgias, os atendimentos clínicos, os procedimentos diagnósticos, os exames laboratoriais etc. Por esse recorte, é possível avaliar a MAC, por exemplo, a partir da oferta de exames de anatomia patológica.

POR TIPO DE ESTABELECIMENTO: Os diversos procedimentos ambulatoriais e hospitalares relacionados à MAC são executados em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde. Nesse contexto, há avaliações focadas em tipos específicos de estabelecimentos, tais como hospitais especializados, clínicas, unidades de pronto atendimento etc.

POR LOCALIZAÇÃO: Uma dimensão importante em relação à MAC é a territorial. Isso porque os serviços são ofertados nas diversas localidades do país, obedecendo a lógica da regionalização do SUS. Nesse sentido, uma possível delimitação para avaliar a MAC é em relação à localidade, seja município, região, macrorregião, estado etc. Diversos estudos avaliam a oferta de serviços de atenção especializada dentro de um território específico.

POR ATORES: São diversos os atores públicos e privados envolvidos na execução dos serviços de MAC, tais como governos (municipais, estaduais e federal), prestadores de saúde (hospitais e clínicas privadas), profissionais, usuários, instâncias de participação social, organizações sociais etc. Nesse recorte, é viável abordar a MAC sob a perspectiva, por exemplo, das organizações sociais que gerenciam estabelecimentos de saúde públicos.

POR PROCESSOS: Em uma perspectiva mais transversal, existem diversos processos que são executados pelas instâncias gestoras do SUS e por prestadores para viabilizar a oferta de serviços de MAC. Como exemplo desses processos, tem-se as contratações de profissionais e de prestadores de serviços, as aquisições de insumos, a regulação do acesso, o faturamento e pagamento da produção ambulatorial e hospitalar. Por exemplo, uma avaliação sobre o fluxo de pacientes dentro da rede de atenção (regulação do acesso) é um tipo de avaliação sobre a MAC.

Essas possíveis abordagens em relação à MAC revelam que nenhuma delas é capaz de abarcar todos os aspectos relacionados a esse conceito. Nesse sentido, a presente avaliação tem como norte aspectos relacionados à participação do Governo Federal no financiamento dessas ações e desses serviços.

1.2 A Média e Alta Complexidade no Orçamento da União

O orçamento público no Brasil é estruturado em três instrumentos que indicam, dentre outros aspectos, as diretrizes, os objetivos e as metas relacionados à atuação dos governos para períodos específicos, são eles: os Planos Plurianuais (PPA), as leis de diretrizes orçamentárias (LDO) e as Leis Orçamentárias Anuais (LOA). A primeira dessas peças orçamentárias (PPA) possui vigência de 4 anos, enquanto as demais (LDO e LOA) são anuais e estruturados a partir dos programas e das ações definidos no PPA.

Nos ciclos recentes de planejamento plurianual, incluindo o ciclo compreendido entre os anos de 2016 e 2019, existia um único programa orçamentário que abarcava praticamente todas as ações relacionadas à atuação do Governo Federal no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tratava-se do Programa 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde, que, só no ano de 2019, compreendia dotação superior a R\$ 113 bilhões, distribuídos em 82 ações orçamentárias diferentes.

Dentre essas ações orçamentárias, destaca-se a Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, que é o objeto da presente avaliação e que representa mais de 40% da dotação total do Programa 2015, ou seja, em torno de R\$ 50 bilhões por ano. Essa proporção da participação da Ação 8585 sobre o total do Programa 2015 se manteve estável nos últimos anos, variando entre 43,8% e 45,5% no período compreendido entre 2012 e 2019.

Para ilustrar a magnitude da Ação 8585, vale citar que a dotação dessa única ação no exercício 2019 foi superior a todo orçamento disponível para o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, para o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, para a Advocacia-Geral da União, para o Ministério das Relações Exteriores, para o Ministério do Meio Ambiente, para a Controladoria-Geral da União, para o Ministério do Turismo e para o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos juntos. O orçamento da Ação 8585 equivale ao dobro do orçamento do Ministério da Infraestrutura e ao triplo do orçamento do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Trata-se da segunda maior ação finalística de todo Governo Federal, ficando atrás apenas das ações relacionadas aos benefícios previdenciários. Tudo isso tendo como referência um exercício anterior à pandemia de Covid-19, que elevou significativamente os gastos públicos com saúde.

Em face dessa materialidade, é natural compreender que a Ação 8585 se presta a financiar uma série de atividades, projetos e serviços executados em milhares de estabelecimentos de saúde em todo o território nacional. É por meio dessa Ação Orçamentária que a União participa do financiamento de incontáveis ações e serviços públicos de saúde no nível da atenção especializada, tais como cirurgias, internações, tratamentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência, incluindo as atividades-meio necessárias para a prestação dos serviços à sociedade, tais como a contratação e a remuneração de recursos humanos, a manutenção de sistemas informatizados, a regulação do acesso, a aquisição de insumos, dentre tantas outras ações.

Apesar disso, percebe-se que as metas formalmente atribuídas à Ação 8585 não refletem adequadamente a complexidade do objeto dessa ação, tampouco servem de parâmetro efetivo para avaliar, de forma qualitativa, a atuação do Governo Federal no processo de oferta dos procedimentos de média e alta complexidade no SUS.

Considerando a estrutura de programas do PPA 2016-2019, verifica-se que a Ação 8585 estava vinculada ao objetivo estratégico nº 0713: “Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar”. Trata-se do objetivo estratégico relacionado ao SUS que mais continha metas e iniciativas vinculadas.

Com o PPA 2020-2023, houve uma modificação na estrutura orçamentária e o financiamento do SUS passou a ocorrer a partir de um conjunto de programas, incluindo um específico para a Atenção Especializada à Saúde (Programa 5018). Esse programa possui apenas um objetivo estratégico vinculado, que é o seguinte: “Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais”. Apesar de único, trata-se de um objetivo suficientemente amplo para justificar a atuação do Governo Federal nessa área. No entanto, existe apenas uma meta vinculada a esse objetivo e, conseqüentemente, a esse programa. Trata-se da meta de “ampliação para 46,7% o índice de transplantes de órgãos sólidos realizados/por milhão da população (pmp)”.

Nesse contexto, se considerarmos a estrutura do PPA vigente, a única meta oficialmente instituída em relação à ação 8585 é a de ampliação do índice de transplantes, o que tem pouca representatividade dentro do conjunto de serviços de saúde financiados com essa ação.

Convém destacar que existe um amplo processo de planejamento específico do SUS, modelado desde os normativos basilares do sistema, tais como a Lei nº 8080/1990 e Lei nº 8142/1990, até na legislação mais recente como a Lei Complementar nº 141/2012 e no Decreto 7508/2011. Esse processo é sintetizado na Portaria GM/MS nº 2.135/2013 – contida na Portaria de Consolidação nº 1/2017. Nesse contexto, existem três instrumentos principais de planejamento do SUS. São eles: Plano de Saúde, Programações Anuais e o Relatórios de Gestão.

Cada esfera de gestão do SUS possui seu próprio instrumento, que devem ser elaborados de acordo com diretrizes dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Desse modo, existe um Plano Nacional de Saúde (PNS), que contém objetivos e metas que norteiam a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, que é elaborado a cada quatro anos a partir das diretrizes da Conferência Nacional de Saúde e que tem sua execução monitorada pelo Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com o art. 2º da Portaria GM/MS nº 2.135/2013, o processo de planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde deve ser norteado pelo Plano de Saúde. Além disso, a referida portaria indica

que um dos pressupostos do processo de planejamento do SUS é a compatibilização dos seus instrumentos com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo. Nesse sentido, percebe-se que o PPA do Governo Federal deve ser compatível com o Plano Nacional de Saúde.

Apesar dessa previsão normativa, a compatibilização entre os instrumentos de planejamento típicos do SUS e os instrumentos gerais do Governo Federal tem representado um desafio. Para ilustrar essa situação, destaca-se que o Plano Plurianual referente ao período 2020 a 2023 foi instituído em dezembro de 2019 (Lei 13.971/2019), enquanto o Plano Nacional de Saúde para o mesmo período, que deveria servir de base para o PPA, foi publicado em fevereiro de 2020. Apesar disso, grande parte dos objetivos e das metas contidos no PNS, que foram elaborados a partir da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019), também constam no PPA.

No que diz respeito ao objetivo aqui tratado (“Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais”), o PNS contém onze metas a ele associadas, enquanto o PPA, ressalta-se, possui apenas uma.

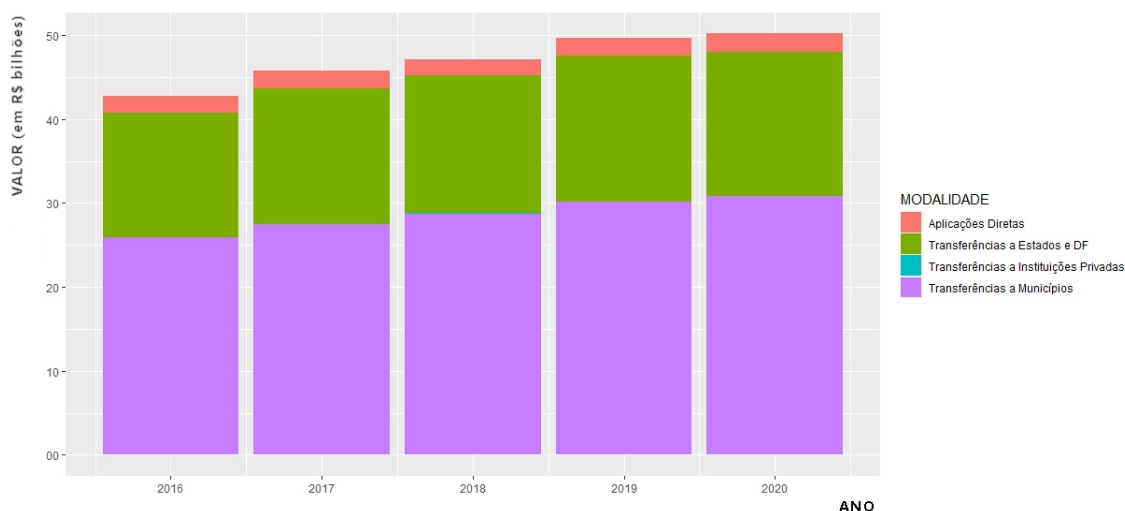
Chama a atenção a existência de uma diferença no teor dessa única meta comum aos dois instrumentos. No PNS consta a meta de “Ampliar para 46,7 o índice de transplantes de órgãos sólidos realizados/por milhão de população (pmp)”. Já no PPA consta “Ampliar para 46,7% o índice de transplantes de órgãos sólidos realizados/pmp”, ou seja, se refere a um índice percentual que não existe no PNS. Convém destacar que não faz sentido incluir em uma mesma meta o percentual e o ‘por milhão de população’ (PMP).

Pelo exposto, verifica-se que a estrutura orçamentária vinculada à Ação 8585 contém inconsistências que prejudicam a sua utilização como referencial para o acompanhamento da atuação do Governo Federal no financiamento da média e alta complexidade do SUS. Não obstante, o PPA, as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e as Leis Orçamentárias Anuais (LOA) são os instrumentos que de fato autorizam o Ministério da Saúde a executar as estratégias de saúde relacionadas à Média e Alta Complexidade.

Nesse sentido, importante explorar as informações orçamentárias relativas à Ação 8585, que o objeto da presente avaliação. De acordo com o Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento do Governo Federal (SIOP), consiste na “participação da União em despesas correntes para manutenção das ações e serviços da Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade, executadas de forma descentralizada pelos Estados, Municípios e Distrito Federal e transferência de recursos para o custeio de despesas do SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”.

Apesar da indicação expressa de que as ações e serviços de MAC são executadas de forma descentralizada, parte dos recursos da Ação 8585 é aplicada diretamente pelo Ministério da Saúde. O gráfico a seguir indica a divisão da dotação orçamentária da Ação 8585 por modalidade de aplicação.

Gráfico 2: Dotação orçamentária da Ação 8585 por modalidade de aplicação (2016 a 2020 – em R\$ bilhões)



Fonte: Elaboração própria, com dados do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento (SIOP)

O gráfico acima revela que a maior parte dos recursos referentes à Ação 8585 é transferida para Estados e Municípios. Cerca de R\$ 2,1 bilhões dessa dotação é aplicada diretamente pelo Ministério da Saúde, o que equivale a menos de 5%. Uma pequena parcela (inferior a R\$ 50 milhões) é transferida diretamente para instituições privadas sem fins lucrativos. Cabe destacar que, no exercício de 2019, foi executado mais de 99% da dotação disponível nessa Ação e que existem outras ações orçamentárias federais vinculadas ao custeio de ações de média e alta complexidade.

Considerando que mais de 95% dos recursos da Ação 8585 são transferidos para Estados e Municípios, importante explorar a metodologia de repasse mais preponderante no SUS, que é na modalidade fundo a fundo.

1.3 A Execução Financeira da MAC no Nível Federal: As Transferências na Modalidade Fundo a Fundo

Considerando que os recursos federais destinados para a Média e Alta Complexidade do SUS são, em sua maioria, transferidos a Estados e Municípios, importante discorrer sobre as características dessa modalidade de repasse e sobre como a lógica de financiamento do SUS foi se moldando ao longo do tempo no sentido de assentar o financiamento tripartite e garantir a autonomia federativa.

Numa perspectiva histórica, cabe destacar que o Fundo Nacional de Saúde foi criado 20 anos antes do SUS. À época, preponderava no Brasil o modelo de assistência à saúde pela lógica setorial corporativa, onde o acesso a serviços era vinculado a institutos de previdência social, e, portanto, limitado às parcelas da população beneficiadas por esse sistema, sobretudo os trabalhadores formais e seus dependentes.

Em contraponto a esse modelo, a década de 1970 foi marcada pelo início da chamada Reforma Sanitária Brasileira, voltada à construção de políticas públicas de acesso a serviços de saúde sob os conceitos da universalização, da equidade e da integralidade do cuidado, que são a base para a concepção do SUS em 1988. Nos anos anteriores à criação do SUS foram instituídas iniciativas embrionárias para criação desse

sistema de acesso universal e gratuito e que foram determinantes para a moldagem do SUS, com destaque para os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Por meio dos SUDS, os estados e a União firmavam parcerias, na forma de convênios, voltados a garantir a universalização do acesso aos serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesse modelo, os convênios determinavam a transferência de recursos da União para os Estados, conforme os programas de trabalho pactuados, sendo que os valores eram definidos de acordo com a quantidade de serviços prestados pelos estabelecimentos públicos e privados que compunham a rede do INAMPS. Na prática, o financiamento federal nesse modelo precursor do SUS consistia em um emaranhado de convênios, com objetos bem definidos e fortemente ligados à produção ambulatorial e hospitalar dos estabelecimentos de saúde, tal como uma remuneração pelos serviços prestados (modelo *fee-for-service*).

Conceitualmente, o SUS rompe com essa lógica de financiamento vinculada a objetos predefinidos ao definir que os recursos orçamentários federais devem ser alocados no Sistema de modo a assegurar a “realização de suas finalidades” (art. 31 da Lei 8.080/1990). Esse dispositivo introduz o conceito de que o financiamento do SUS não deve ser baseado no cumprimento de “objetos”, tal como ocorre na lógica convencional, e sim no atingimento das “finalidades” do Sistema.

Nessa mesma linha, ao definir como os recursos federais serão distribuídos aos Estados e Municípios, o art. 35 da Lei nº 8.080/1990 indica sete critérios a serem utilizados de forma combinada. São eles: perfil demográfico; perfil epidemiológico; características da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos locais; previsões do plano de investimentos da rede; e ressarcimento do atendimento prestado para outras esferas de governo. Apesar de ainda não ter sido regulamentado e, por consequência, não ter sido colocado em prática, esse dispositivo demonstra a intenção de se romper com a lógica convencional até então preponderante, buscando atribuir às transferências federais o caráter *perene* e não vinculado a objetos específicos.

Trata-se de uma lógica de financiamento colaborativo, voltado ao atingimento das metas e dos objetivos do Sistema e não uma mera contratação de serviços assistenciais ou remuneração por serviços prestados.

Nesse sentido, é importante destacar que o modelo de transferências na modalidade fundo a fundo é essencialmente diferente do modelo de transferências voluntárias tradicionais, sobretudo por se tratar de um financiamento regular, automático e não vinculado. Dessa forma, as transferências na modalidade fundo a fundo independem da celebração de convênios ou de instrumentos congêneres entre a União e os demais entes, não havendo, portanto, objetos predefinidos, planos de trabalho, cronogramas de desembolso, contas específicas, vigência temporal, dentre outros aspectos que moldam os convênios.

Apesar de haver mais diferenças que semelhanças entre esses dois instrumentos, importante destacar que o financiamento na modalidade fundo a fundo não foi imediatamente implantado com a criação do SUS. Pelo contrário, ainda hoje se observam resquícios da lógica convencional sobre as transferências fundo a fundo.

Na década de 1990, grande parte das transferências federais eram realizadas via convênios, tal como já ocorria na área da saúde pública antes da CF/88, e as parcelas transferidas fundo a fundo eram executadas com base em premissas convencionais que não são compatíveis com modelo preconizado para financiamento do SUS. Para ilustrar como essa transição do modelo anterior para o SUS não foi imediata, destaca-se que o INAMPS continuou em operação nos primeiros anos do SUS, sendo esse o órgão responsável por celebrar os chamados “convênios SUS” com Estados e Municípios até o ano de 1993, quando esse órgão foi extinto. A extinção do INAMPS marcou o início de um movimento lento e gradual voltado a superar essa lógica convencional das transferências do SUS, o que alguns autores denominam de “cultura inampiana”.

Como características marcantes dessa lógica convencional, destacam-se: o papel centralizador da União, onde o Ministério da Saúde se impõe sobre os demais entes como uma espécie de contratante dos serviços geridos por Estados e Municípios; a fragmentação do financiamento, com a vinculação entre os valores transferidos e as ações e as estratégias instituídas no nível federal; e o rateio de recursos com base na oferta de procedimentos, em detrimento do rateio baseado na demanda (necessidades de saúde da população).

Nesse contexto, os normativos legais e infralegais que tratam sobre o financiamento do SUS têm seguido a tendência de confronto a esse modelo tradicional, ou seja, buscam conferir maior importância aos entes subnacionais e aos arranjos interfederativos, garantir a desvinculação do financiamento em relação ao regramento federal fragmentado e implementar critérios de distribuição dos recursos baseados mais na demanda que na oferta.

Dessa forma, o modelo atual de financiamento do SUS, sobretudo no que concerne à participação federal, vem sendo moldado a longo do tempo por diferentes normativos, tendo como referência as diretrizes contidas nos art. 196 a 200 da CF/88 e nas leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Cumpre destacar que esses dispositivos, que são a base de todo o SUS, não definem que o financiamento do SUS deve se dar na modalidade fundo a fundo. Não obstante, são as diretrizes contidas nesses normativos que serviram de base para a construção do modelo atual, com destaque para o art. 3º da Lei 8.142/1990, que preconiza que os repasses federais devem ocorrer de forma regular e automática aos estados e municípios.

Foi a partir da Norma Operacional Básica (NOB-SUS) nº 01/93 (Portaria GM/MS nº 545/1993) que essas transferências regulares e automáticas passaram a ser realizadas na modalidade fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Estaduais/Municipais de Saúde. Trata-se, portanto, do primeiro normativo que exige a existência de fundos de saúde para o recebimento de recursos federais no âmbito do SUS. No ano seguinte, essa modalidade também passou a ser prevista no Decreto nº 1.232/1994.

Ao longo dos anos foram criados diversos dispositivos que adotaram a modalidade fundo a fundo como o instrumento para viabilizar as transferências regulares e automáticas tal como preconizadas nas normas basilares do SUS. Esses dispositivos têm em comum a pretensão de suplantar, de forma gradual, a lógica convencional e suas implicações em relação ao financiamento do Sistema (hipertrofia federal, fragmentação das ações e lastro na oferta de serviços). Um dos regramentos mais importantes nesse sentido é a NOB 96 (Portaria GM/MS nº 2.203/1996), que teve como principal característica a criação de condições para que os pequenos municípios fossem reconhecidos como instâncias gestoras do SUS.

Por outro lado, a NOB 96 consolidou o financiamento baseado nas habilitações federais, onde as parcelas a serem transferidas pela União dependem das habilitações, pelo Ministério da Saúde, dos serviços geridos pelos Estados e pelos Municípios. Essa lógica de vinculação das transferências às habilitações federais manteve a fragmentação do financiamento, uma vez que havia uma parcela do montante repassado referente a cada serviço habilitado. Tal característica é, ainda hoje, muito presente na lógica de financiamento do SUS, principalmente em relação aos serviços de média e alta complexidade (MAC).

Essa concepção foi formalmente combatida pelo Pacto pela Saúde, de 2006, que consiste em um dos principais marcos em relação à organização e ao financiamento do SUS. Em relação às transferências fundo a fundo, sua principal implicação foi a criação dos chamados “blocos de financiamento”, por meio da Portaria GM/MS nº 204/2006, que agruparam transferências, até então fragmentadas, em blocos temáticos (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e, posteriormente, Investimentos).

As diretrizes do Pacto pela Saúde moldaram fortemente o instrumento de transferências fundo a fundo, com reflexos importantes no seu funcionamento atual. Uma das características desse financiamento fundo a

fundo por blocos temáticos é a desvinculação dos recursos dentro do mesmo bloco, ou seja, os entes recebedores dos recursos federais podiam utilizar tais recursos para executar quaisquer despesas que tenham relação com as ações daquele bloco, independentemente das condições (habilitações) que deram origem àquele montante transferido.

Por exemplo, ao habilitar um leito de UTI adulto em um hospital geral, o município passava a receber, por meio do Bloco MAC, um valor referente à habilitação daquele leito. Apesar disso, o gestor local do SUS podia utilizar essa parcela em qualquer outra despesa também relacionada à atenção em média e alta complexidade, como por exemplo na manutenção de um pronto socorro pediátrico. Tratava-se, portanto, de um modelo que garantia maior flexibilidade para a gestão local do SUS, ainda que mantido o histórico de correlação entre o valor transferido e as habilitações federais.

Mais importante do que a criação dos blocos de financiamento, o Pacto pela Saúde foi um marco na premissa de que a organização e o financiamento do SUS devem ser objeto de pactuações consensuais entre os três níveis de gestão. A ideia por trás dessa premissa é de que o modelo verticalizado até então preponderante é incompatível com o princípio da autonomia federativa. Desse modo, um dos pilares do pacto pela saúde é a “gestão compartilhada e solidária do SUS” entre os três níveis federativos, atribuindo grande importância às instâncias intergestoras (Comissão Intergestora Tripartite – CIT e Comissões Intergestoras Bipartite – CIB) como canais oficiais de pactuação das ações entre os níveis de gestão do SUS, com destaque para o caráter consensual dessas instâncias.

Cerca de cinco anos após o Pacto, foram criados dois normativos de extrema importância para o financiamento do SUS: a Lei Complementar nº 141/2011 e o Decreto nº 7.508/2011. Esses normativos consolidaram conceitos trazidos anteriormente, principalmente no que diz respeito às regras para o recebimento e para a movimentação dos recursos transferidos pela União e as diretrizes sobre como esses recursos devem ser aplicados. Na terminologia usual do SUS, reforçaram a necessidade de se implementar o planejamento ascendente e os critérios de rateio dos recursos federais.

Ainda na trajetória de normativos voltados a aproximar as transferências fundo a fundo das diretrizes basilares do SUS, a Portaria GM/MS nº 3.992/2017 é um marco importante por extinguir os blocos de financiamento criados pela Portaria GM/MS nº 204/2006. Nesse novo modelo, que está atualmente em vigor, todas as transferências voltadas ao custeio de ações e serviços de saúde são realizadas em um único bloco e, consequentemente, por apenas uma conta corrente para cada fundo de saúde, se aproximando ainda mais do modelo de conta única para o SUS disposto no art. 33 da Lei 8.080/1990.

Com isso, os gestores estaduais e municipais do SUS passaram a ter autonomia para remanejar recursos dentro das diferentes estratégias em um mesmo exercício, uma vez que a transferência ocorre em uma conta bancária única para as ações de custeio. Trata-se de uma autonomia relativa, uma vez que assegura a desvinculação financeira, mas permanece a exigência de vinculação orçamentária, ou seja, ao final de cada exercício a execução pelos Estados e Municípios deve obedecer aos programas de trabalho do OGU que deram origem aos repasses.

Nesse sentido, os fundos de saúde são o principal instrumento para a operacionalização da gestão financeira do SUS, assegurando certa autonomia para que o gestor local do SUS execute suas despesas, apesar da sujeição à maior parte do regramento geral das finanças públicas, tais como a sujeição a contingenciamentos (limitados pelo mínimo constitucional), a não acumulação de saldos (periodicidade orçamentária) e a desvinculação de receitas. Destaca-se que a cultura dos convênios ainda molda, inadequadamente, aspectos importantes do financiamento do SUS na modalidade fundo a fundo, com destaque para a fragmentação das estratégias e para multiplicidade de contas financeiras. Nesse sentido, os regramentos do SUS têm apontado para a direção da desvinculação dos valores transferidos a objetos pré-definidos, buscando associar o

financiamento federal às finalidades do sistema consensualmente pactuadas entre os entes federativos que o compõem, tal como preconiza o modelo ideal do SUS.

Nesse contexto, percebe-se que as instâncias de gestão estaduais e municipais do SUS que gerenciam os recursos recebidos pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo possuem certa autonomia na definição de como esses recursos devem ser aplicados, observada a lógica do planejamento ascendente do SUS. Essa autonomia, no entanto, não afasta do Ministério da Saúde a função de coordenador nacional das políticas de saúde, o que confere responsabilidades quanto ao acompanhamento e monitoramento dos recursos transferidos, bem como nas decisões acerca da alocação desses recursos.

1.4 Critérios de Rateio dos Recursos Federais na Média e Alta Complexidade

O Ministério da Saúde transfere aos estados e municípios na modalidade fundo a fundo cerca de R\$ 80 bilhões ao ano. Esse montante foi o executado em um ano comum (exercício 2019). No exercício 2020, que foi fortemente afetado pela pandemia de Covid-19, esse montante chegou próximo a R\$ 110 bilhões.

Cabe ressaltar que, em condições normais, mais da metade dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo são referentes à Ação 8585 – Média e Alta Complexidade. São mais de R\$ 45 bilhões repassados anualmente nessa rubrica. Além disso, há outras ações orçamentárias também relacionadas à média e alta complexidade, que representam cerca de R\$ 10 bilhões transferidos ao ano, tais como a ação 6217 (Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde) e (Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas) e a ação 21CD (Implementação de Políticas de Atenção Especializada à Saúde).

Diante dessa materialidade, um dos aspectos mais importantes relacionados à execução da Ação 8585 é a definição de quantos recursos federais de MAC cada localidade receberá. No vocabulário do SUS, essa definição deve ser feita em observância aos critérios de rateio. Esse é um tema amplamente debatido no contexto do SUS, sobretudo pelas dificuldades de se definir critérios que sejam capazes de garantir a continuidade dos serviços existentes e de atender às necessidades de saúde da população.

Conforme tratado anteriormente nesse relatório, o Governo Federal transfere recursos para Estados e Municípios destinados ao custeio dos serviços de MAC desde antes da criação do SUS, principalmente por meio de convênios e outros instrumentos com caráter de transferências voluntárias. Com a implementação do SUS, a participação federal no financiamento da saúde, sobretudo em relação às ações de MAC, foi assumindo características de transferências obrigatórias, realizadas de forma regular e automática, independentemente da celebração de instrumentos específicos.

A Lei nº 8.080/1990 já previa que o SUS deve adotar critérios objetivos para a repartição dos recursos federais a serem transferidos para Estados e Municípios. De acordo com o art. 35 da referida lei, tal definição deve ser feita a partir da utilização dos seguintes critérios: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos locais; previsão de investimentos na rede; e ressarcimentos por serviços de saúde prestados por outras esferas de governo.

Apesar da indicação desses critérios gerais na lei orgânica do SUS, as decisões sobre a distribuição dos recursos federais foram tomadas ao longo dos anos com base principalmente em regramentos específicos dispostos em programas instituídos no âmbito federal. Tais regras, de certa forma, guardam relação com os critérios da Lei nº 8.080/1990, mas principalmente em relação às características quantitativas e qualitativas da rede de saúde. Nesse sentido, grande parte dos valores transferidos regularmente tem como lastro a

própria oferta de serviços, ou seja, localidades que ofertam mais serviços tendem a receber mais recursos federais, principalmente no que diz respeito à média e alta complexidade.

Essa temática voltou a configurar em um regramento basilar do SUS no âmbito da Lei Complementar nº 141/2012. O referido normativo dispõe que o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, os critérios definidos pela Lei nº 8.080/90, de forma a atender a progressiva redução das disparidades regionais proposta pela CF/88.

Chama a atenção o destaque que a LC 141/2012 confere às “necessidades de saúde da população” como um dos principais critérios de rateio dos recursos federais. Na prática, isso indica que o financiamento federal não consiste em uma mera remuneração por serviços prestados, posto que essa perspectiva se alinharia mais ao conceito da oferta do que da demanda. Nesse sentido, cabe ao Ministério da Saúde instituir, mediante pactuações tripartites, instrumentos que visem a redução das desigualdades regionais na área da saúde ao mesmo tempo que se deve assegurar a participação da União no financiamento das ações e serviços já prestados.

Nesse contexto, é importante destacar que não existe apenas uma única lógica de financiamento da MAC no nível federal. Ao contrário, são diversos instrumentos, regras e dispositivos que foram sendo adotados, abandonados e remodelados ao longo do tempo, de modo a compor os valores a serem transferidos aos estados e municípios.

1.5 As Diferenças e as Relações entre o Financiamento da MAC e a Remuneração dos Serviços Prestados

Como já tratado anteriormente, a principal forma de atuação do Governo Federal no financiamento da Média e Alta Complexidade é por meio de transferências a estados e municípios na modalidade fundo a fundo. Com o recebimento dos recursos federais e com os devidos aportes de recursos próprios, as instâncias de gestão municipais e estaduais do SUS executam despesas voltadas à oferta de serviços à população.

No caso da MAC, tais ações são executadas nos estabelecimentos de saúde que compõem a rede do SUS, que podem ser públicos ou privados. Existem, na prática, diversos arranjos de gestão desses estabelecimentos. Há, por exemplo, estabelecimentos públicos gerenciados por entidades privadas mediante contratos de gestão, estabelecimentos privados que atuam por força de contratos administrativos, estabelecimentos públicos com autonomia administrativa e financeira em relação à secretaria de saúde, fundações de direito público e de direito privado, gestão por consórcios municipais etc.

Seja qual for o arranjo administrativo, deve-se haver instrumentos que permitam que os recursos do SUS gerenciados pela secretaria de saúde, incluindo as parcelas federais, cheguem aos estabelecimentos de saúde.

Nos casos de estabelecimentos próprios do poder público, é comum que as despesas sejam concentradas na secretaria de saúde, tais como pagamentos de pessoal, aquisições, despesas de manutenção etc. Já nos casos de estabelecimentos privados que atuam pelo SUS, as secretarias de saúde efetuam pagamentos de acordo com os serviços prestados por essas entidades.

Sendo assim, as instâncias de gestão locais do SUS (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) contratam os serviços a serem prestados pelos estabelecimentos e, por consequência, remuneram quando esses serviços são prestados. Acontece que a precificação desses serviços não é algo trivial. Os sistemas de saúde

têm buscado aprimorar seus processos de modo que a remuneração pelos serviços prestados considere não apenas a quantidade e o tipo de procedimentos realizados, mas inclua também aspectos qualitativos, tais como os desfechos clínicos e a satisfação dos usuários.

Nesse contexto, existem diversos modelos de remuneração na área da saúde. O modelo mais tradicional é o denominado *fee-for-service* (FFS), no qual o sistema de saúde remunera o prestador de acordo com a quantidade de procedimentos realizados. Nesse modelo, cada procedimento possui um valor pré-definido e os pagamentos não consideram a qualidade nem o resultado dos serviços prestados.

Cabe ressaltar que esse modelo foi preponderante no passado e ainda é utilizado em algumas relações contratuais no SUS. Tanto é que uma das utilidades da Tabela SUS é exatamente servir de parâmetro para esses pagamentos pelos serviços prestados, afinal, lá constam os valores pré-definidos de todos os procedimentos ofertados pelo SUS.

Entretanto, essa lógica de remuneração implica em incentivos que, a depender das circunstâncias, podem prejudicar a eficiência do sistema. Como por exemplo, o modelo *FFS* pode induzir à realização de procedimentos desnecessários ou à escolha de procedimentos financeiramente mais viáveis. Por outro lado, esse é um modelo que tende a estimular o aumento da produtividade por parte dos prestadores e, por consequência, expandir a quantidade de atendimentos realizados.

Nesse sentido, a busca por novos modelos de remuneração em saúde tem como motivação, por parte do contratante (no caso, o SUS), a necessidade de aumentar a eficiência e a qualidade do sistema. Já pela perspectiva do prestador, a adoção de modelos alternativos pode representar a mitigação dos efeitos negativos decorrentes de defasagens dos valores da Tabela SUS, além de outros ganhos relacionados à melhoria da gestão.

São diversos os modelos de remuneração que, em alguma medida, se contrapõem ao *fee-for-service*. Um dos mais conhecidos é o modelo de pagamento por performance (P4P), que inclui no montante a ser pago uma parcela relativa ao atingimento de indicadores de desfecho previamente pactuados. Nesse modelo, o montante a ser recebido pelo prestador corresponde a uma parcela de remuneração pelos serviços prestados (equivalente ao FFS), deduzido ou aumentado por uma parcela relativa aos resultados alcançados.

Outro modelo bem debatido é o *diagnosis related groups* (DRG), no qual é efetuado um único pagamento para um conjunto de serviços prestados por episódio de tratamento (ex.: cirurgia), conforme o diagnóstico do paciente. Nesse caso, o pagamento corresponde a uma espécie de pacote, que inclui todos os procedimentos necessários para aquela internação. Como desdobramento do DRG, o modelo *bundle* corresponde a um pacote referente não apenas a um episódio, mas ao ciclo completo de tratamento. Nesse caso, inclui-se, por exemplo, a internação, a cirurgia e o período de pós-alta.

Modelos como o P4P, o DRG e o *bundle* são exemplos de modelos de remuneração baseados em valor. Há iniciativas pontuais no SUS de implementação desses modelos alternativos ao FFS, nos quais os contratos das Secretarias de Saúde com os prestadores contêm instrumentos para remuneração vinculados a aspectos qualitativos. Em grande escala, a Portaria GM/MS nº 3.410/2013 prevê um modelo de contratualização que contém uma parcela vinculada à oferta de procedimentos e outra vinculada ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, em um modelo semelhante ao P4P.

Nesse contexto, se verifica que há um movimento para a inclusão de modelos de remuneração baseados em valor no âmbito do SUS, embora a experiência ainda se mostra incipiente.

Esse movimento não deve ser confundido com o processo de financiamento federal da MAC. Isso porque, em regra, o Ministério da Saúde não contrata prestadores, tampouco tem a competência primária de

gerenciar estabelecimentos de saúde. No contexto aqui tratado, o Ministério da Saúde transfere recursos a Estados e Municípios, o que não se confunde com a remuneração de prestadores. Afinal, os critérios a serem utilizados para o rateio dos recursos, conforme tratado anteriormente, são diferentes dos parâmetros para os pagamentos pelos serviços prestados.

Nesse sentido, o papel do Ministério da Saúde nas tratativas sobre modelos de remuneração está atrelado à sua função como coordenador nacional do sistema. É natural que o gestor federal assuma o papel de liderança nessas discussões, que envolve, necessariamente, atores públicos e privados, inclusive a academia e a saúde suplementar. No entanto, a efetiva aplicabilidade desses modelos está restrita ao âmbito local. Trata-se de um caminho diferente das discussões acerca do rateio dos recursos federais.

Não obstante, existem outras perspectivas relacionadas ao financiamento de serviços de saúde que devem ser consideradas na compreensão sobre o rateio de recursos federais para a média e alta complexidade. Com destaque para os modelos de financiamento de base populacional (*population-based payment*), que preconizam a alocação de recursos de acordo com as características da população coberta pelo serviço de saúde.

Essa lógica de financiamento é empregada de forma significativa no âmbito da atenção primária, que tem a capitação ponderada como um dos principais critérios para a distribuição dos recursos federais. Alguns arranjos derivados dessa lógica de base populacional também podem ser encontrados em ações pontuais na média e alta complexidade. Como exemplo, citam-se as políticas financiadas por meio de incentivos, tais como UPA 24h e CAPS. Nesses casos, cada serviço é responsável por uma cobertura populacional e o Ministério da Saúde transfere recursos aos entes gestores de acordo com a quantidade de estabelecimentos habilitados, independentemente do tipo e do volume de procedimentos ali executados.

Esses arranjos são explorados mais adiante nesse relatório. O importante aqui é destacar que o rateio dos recursos federais na média e alta complexidade não se confunde com a lógica de remuneração de prestadores. Na prática, os critérios de rateio se baseiam em diversas perspectivas, conforme as características de cada política. Nesse contexto, há desde parcelas transferidas em observância à lógica do *fee-for-service*, tal como ocorre em relação aos procedimentos financiamentos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), até a adoção de critérios voltados à lógica populacional. Ao final, todas essas estratégias são aglutinadas, formando um montante para cada ente que é repassado mensalmente na modalidade fundo a fundo.

Em síntese, o valor que cada estado ou município recebe regularmente do Governo Federal em relação às ações de média e alta complexidade é o somatório das diversas políticas de saúde habilitadas e em funcionamento naquela localidade.

1.6 A Regionalização como Parâmetro Territorial para a Média e Alta Complexidade e os Desafios do Acesso

Um dos principais desafios enfrentados pelos gestores públicos da área da saúde é garantir que as políticas sociais e econômicas que compõem o SUS, conforme artigo 196 da CF/88, sejam balizadas pelo princípio da eficiência preconizado no art. 37 dessa mesma constituição. Isso significa que o texto constitucional preceitua que as políticas públicas do SUS, assim como a atuação da Administração Pública de forma geral, devem ser executadas de forma a buscar os melhores resultados com a minimização dos custos incorridos. Em consonância com esse preceito constitucional, um dos princípios relacionados à organização do SUS é a

regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, conforme art. 198 da CF/88 e art. 7º da Lei nº 8.080/1990.

O princípio da regionalização implica no entendimento de que o *locus* principal da organização do SUS deve ser as regiões de saúde, uma vez que a maioria dos municípios não é capaz de garantir, de forma individualizada, o direito à saúde de forma integral. Desse modo, preconiza-se a instituição de regiões de saúde que devem ser resultado de um processo de aglutinação de municípios limítrofes, de modo que os serviços de saúde existentes dentro das regiões sejam suficientes para garantir o direito à saúde de maneira integral (Santos, 2013). Além do objetivo de garantir a integralidade do cuidado, um dos panos de fundo do princípio da regionalização e da criação de redes dentro das regiões de saúde é a necessidade de auferir economia de escala na oferta de ações e serviços de saúde no SUS e, por consequência, a sustentabilidade financeira do Sistema (Brasil, 2006).

Nesse contexto, a efetiva implementação do SUS, sobretudo no que diz respeito à integralidade do cuidado, requer o ordenamento do território nacional com base nas regiões de saúde e a organização dos serviços em redes de atenção. Tanto a regionalização como a instituição de redes de atenção à saúde consistem em dois dos principais desafios para o SUS atualmente, apesar da existência de diversas iniciativas que visam concretizar esses conceitos.

No que diz respeito à regionalização, ao longo dos anos foram executadas diversas ações relacionadas à formalização das ações de saúde e à criação de mecanismos que objetivavam assegurar a cooperação interfederativa no SUS. O marco inicial no processo de regionalização do SUS é a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS 96), que, dentre outras coisas, instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento que “traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual” (Brasil, 1996). Apesar de não consistir na formalização de regiões de saúde, as PPI representam, até hoje, um dos principais instrumentos de cooperação interfederativa no SUS, sobretudo quanto à busca pelo equilíbrio financeiro decorrente do fluxo de pacientes entre os municípios.

Como resultado das NOB/SUS 93 e 96, a década de 1990 foi marcada por um processo de descentralização intenso das ações e serviços de saúde no SUS, o que revelou a necessidade de se avançar nos instrumentos de organização regionalizada da assistência à saúde. Dessa necessidade emergiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS-SUS 01), que “assume a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização”. A NOAS-SUS 01 instituiu o Plano de Regionalização do Estado como instrumento permanente de planejamento em saúde orientado para a regionalização, admitindo a criação de regiões e de microrregiões de saúde (Brasil, 2001).

Apesar das iniciativas anteriores, foi a partir de 2006, em decorrência do Pacto pela Saúde, que o processo de regionalização do SUS passou a ter maior consistência. O Pacto pela Saúde estabeleceu critérios e definições importantes para os desenhos das regiões de saúde. Em decorrência dessas diretrizes, foram criadas e devidamente reconhecidas 437 regiões de saúde no Brasil. Apesar de a criação de regiões de saúde ter a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, isso não significa que todas as regiões serão suficientes para garantir a integralidade do cuidado em todos os níveis, sobretudo quando se trata de alguns procedimentos de alta complexidade. Por isso, o Pacto da Saúde já previa a criação de macrorregiões de saúde, que consistem em arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde.

Em consonância com esse processo, a Resolução nº 37/2018 da Comissão Intergestores Tripartite do SUS (CIT) trata do processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

Nesse documento, a macrorregião de saúde é definida como “o espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde” (Brasil, 2018). Trata-se, portanto, da configuração territorial que deve conter recursos humanos, tecnológicos e materiais suficientes e adequados para garantir a integralidade do cuidado à população sobre sua cobertura.

Paralelamente aos esforços para se instituir formalmente o conceito de regiões de saúde no SUS, foram realizadas ações que visavam combater a fragmentação dos serviços existentes por meio da criação de redes de atenção à saúde (RAS). As redes de atenção à saúde representam um modelo de organização da assistência preconizado no SUS que visa corrigir os efeitos adversos da fragmentação dos serviços existentes, promovendo a “integração sistêmica das ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada” (Brasil, 2010). Enquanto a criação das regiões de saúde visa qualificar os arranjos territoriais, as redes de atenção à saúde (RAS) consistem na organização dos serviços existentes (pontos de atenção) dentro das regiões de saúde, com o objetivo de assegurar a resolutividade do sistema em todos os seus níveis, de modo análogo à concepção econômica de cadeias produtivas (Brasil, 2010). Idealmente, os atendimentos realizados nos pontos de atenção das RAS devem observar os protocolos do SUS e, sempre que cabível, os preceitos contidos nas linhas de cuidado instituídas para cada tipo de agravo que acomete a população.

Portanto, conclui-se que a integralidade do cuidado exige a regionalização dos serviços, principalmente na média e alta complexidade. Nesse contexto, e dada as características sociodemográficas do Brasil, é esperado que grande parte dos municípios não ofertem serviços de MAC pelo SUS. As pessoas residentes em localidades que não possuem tais serviços devem ser encaminhadas (referenciadas) para outros municípios que, de acordo com as pactuações locais, são responsáveis pela cobertura da atenção à saúde para aquela população.

Entretanto, mesmo considerando os recortes regionais ou macrorregionais, verifica-se que o acesso aos serviços de MAC ainda é um dos principais gargalos do SUS. Em diversas localidades, a capacidade de oferta de serviços é insuficiente para atender à demanda da população, conforme explorado a seguir.

1.6.1 Materializando os vazios assistenciais na Média e Alta Complexidade

Uma das principais causas para a dificuldade de acesso a serviços de média e alta complexidade é o fato de que em algumas localidades não há estabelecimentos que ofertem esses serviços pelo SUS. Por paralelismo, as localidades que não possuem capacidade instalada para determinado serviço também não possuem outros fatores de produção necessários para tal oferta, tais como recursos humanos e insumos. Essas localidades, que por vezes englobam diversos municípios e até estados diferentes, são usualmente chamadas de “vazios assistenciais”.

A existência de vazios assistenciais implica na ocorrência de dois cenários problemáticos em relação ao acesso. No pior cenário, as pessoas residentes nos vazios assistenciais não serão terão acesso aos serviços que não estão disponíveis naquela localidade, afetando diretamente e negativamente as condições de saúde da população. A alternativa é buscar a assistência em outras regiões ou macrorregiões de saúde, o que não deixa de ser uma falha em relação ao acesso. Esse fluxo de pacientes para além dos limites preconizados nas regiões de saúde revela grave iniquidade no Sistema e geralmente distorce as programações assistenciais nas localidades que absorvem essa demanda.

Com o objetivo de ilustrar os vazios assistenciais, foram analisados dados relativos aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelo SUS em diferentes partes do território nacional. Para tanto, foi definida uma amostra de procedimentos, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

(Tabela SUS), que representasse algumas das principais especialidades médicas. Ao todo, são 395 códigos de procedimentos que, para fins dessa análise, foram agrupados em 88 procedimentos.

Esse agrupamento é necessário porque há códigos da Tabela SUS que se referem essencialmente ao mesmo tipo de atendimento. Por exemplo, existe na Tabela SUS um procedimento denominado “Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra” (código 02.06.01.002-8) e outro denominado “Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical” (código 02.06.01.001-0). Para o diagnóstico por imagem, esses dois exames são de fato diferentes. Já para a análise acerca do acesso ao serviço, não há motivo para distinção. A premissa adotada é que uma localidade que oferta o procedimento 02.06.01.002-8 tem condições de ofertar o procedimento 02.06.01.001-0. Na prática, se uma localidade ofertou só um desses dois procedimentos, considera-se que aquela localidade realiza “Tomografia Computadorizada de Coluna”.

Dessa forma, a amostra de procedimentos que compõem essa análise está sintetizada no quadro a seguir.

Quadro 1: Procedimentos que compõem a amostra utilizada para a análise dos vazios assistenciais

ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTOS	QTDE CÓDIGOS (TABELA SUS)
Angiologia	ultrassonografia de vasos, arteriografia, flebografia, aortografia	5
Cardiologia	monitoramento pelo sistema holter, ecocardiografia, teste de esforço, ecocardiografia, cintilografia, cateterismo cardíaco, cateterismo cardíaco em pediatria, eletrocardiograma, monitorização ambulatorial de pressão arterial	12
Dermatologia	biópsia / punção de tumor superficial da pele, biópsia de pele e partes moles	2
Endocrinologia	biópsia de tireoide ou paratireoide, tomografia computadorizada de sela turca, cintilografia de tireoide e paratireoides, densitometria óssea, ressonância magnética de sela túrcica	6
Gastroenterologia	esofagogastroduodenoscopia, colangiopancreatografia retrógrada, colonoscopia, retossigmoidoscopia	4
Nefrologia	ultrassonografia de aparelho urinário, cintilografia renal, estudo renal dinâmico, hemodiálise	4
Neurologia	eletroencefalograma, ultrassonografia transfontanela, tomografia computadorizada do crânio, ressonância magnética de crânio, angiorressonância cerebral	5
Oftalmologia	paquimetria ultrassônica, ultrassonografia de globo ocular, biometria ultrassônica, biomicroscopia de fundo de olho, campimetria computadorizada, ceratometria, curva diária de pressão ocular, gonioscopia, mapeamento de retina, microscopia especular de córnea, potencial de acuidade visual, retinografia, teste de visão de cores, teste ortóptico, topografia computadorizada de córnea, fundoscopia	18
Ortopedia	tomografia computadorizada de coluna, tomografia computadorizada de articulações, tomografia computadorizada de abdômen inferior	6
Otorrinolaringologia	audiometria, avaliação auditiva comportamental, avaliação p/ diagnóstico de deficiência auditiva, laringoscopia, videolaringoscopia, potencial evocado auditivo, testes vestibulares / otoneurológicos	8
Pneumologia	broncoscopia, espirometria, tomografia computadorizada de tórax, ressonância magnética de tórax, cintilografia de pulmão, cintilografia de pulmão	6
Urologia	cistoscopia, avaliação urodinâmica, uretrocistografia, urografia venosa, ultrassonografia de próstata, ultrassonografia de próstata, biópsia de próstata	7
Oncologia	mamografia, mamografia para rastreamento, braquiterapia, radioterapia, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia adjuvante, quimioterapia curativa, quimioterapia paliativa, quimioterapia pediátrica, cirurgias oncológicas, exames citopatológicos, exames anatomopatológicos	281
Urgência / emergência	SAMU, pronto atendimento	19
Internações	UTI pediatria, UTI adulto, UTI neonatal, internação em saúde mental	12

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da Tabela SUS

A seleção desses procedimentos teve como base o capítulo referente à atenção especializada do Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais do SUS (art. 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1/2017). Além dos procedimentos ali indicados, foram incluídos na amostra outros procedimentos considerados relevantes para o Sistema, tais como os de urgência / emergência, os de oncologia e as internações.

Cumprir destacar que o agrupamento por especialidades é somente para fins de organização dessa análise, não havendo tal tipo de vinculação nos dados originais da Tabela SUS. Por esse motivo, há procedimentos classificados em determinada especialidade, mas que são também importantes para outras. Por exemplo, as biópsias de próstata estão classificadas como “Urologia”, mas representam um procedimento fundamental para a “Oncologia”.

Destaca-se, ainda, que essa amostra é representativa do universo de atendimentos de média e alta complexidade do SUS, embora não se tenha o propósito de inferências estatísticas nessa análise, que é estritamente descritiva. Considerando os dados relativos ao exercício 2019, os procedimentos da amostra são responsáveis pelo faturamento de R\$ 12,3 bilhões nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Hospitalares (SIH/SUS), o que representa 1/3 do total faturado nesses sistemas.

A partir desses dados de faturamento do SIA/SUS e do SIH/SUS, buscou-se identificar quais localidades não realizam os procedimentos da amostra pelo SUS. Para tanto, é necessário segregar os serviços que devem ser ofertados no contexto das regiões de saúde (média complexidade) daqueles a serem ofertados nas macrorregiões de saúde (alta complexidade).

Com a identificação das localidades que ofertam cada serviço, e a consequente identificação de onde não há tais serviços, foi possível calcular quantas pessoas vivem nas regiões ou nas macrorregiões de saúde que consistem em vazios assistenciais. Por esse método, se uma região de saúde possui atendimentos em nefrologia, por exemplo, considera-se que 100% da população daquela região está coberta, independentemente da quantidade ofertada.

Trata-se, obviamente, de uma limitação dessa análise, uma vez que a mera existência de um serviço em determinada localidade não indica se a quantidade ofertada é suficiente para aquela população. No entanto, cabe ressaltar que o objetivo aqui não é avaliar a suficiência da rede, mas apenas identificar localidades sem nenhum tipo de cobertura para os serviços aqui considerados.

Uma vez que os atendimentos aqui considerados são exclusivamente aqueles realizados pelo SUS, considera-se como população coberta (ou descoberta) a diferença entre a população total de cada município e a quantidade de beneficiários de planos de saúde, conforme dados do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS).

O quadro a seguir contém esses indicadores de cobertura calculados para os anos de 2014 e 2019, referentes aos procedimentos de média complexidade (regiões de saúde).

Quadro 2: Valores do indicador de cobertura dos procedimentos de média complexidade, por especialidade (2014 e 2019)

ESPECIALIDADE	COBERTURA 2014	COBERTURA 2019	VARIAÇÃO
CARDIOLOGIA	100,00%	100,00%	0,00%
NEFROLOGIA	99,22%	99,81%	0,60%
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	99,10%	99,74%	0,65%
UROLOGIA	99,17%	99,34%	0,17%
ONCOLOGIA	97,37%	96,94%	-0,44%
GASTROENTEROLOGIA	92,30%	93,45%	1,25%
OTORRINOLARINGOLOGIA	85,89%	90,00%	4,79%
OFTALMOLOGIA	87,86%	89,67%	2,06%
ANGIOLOGIA	80,62%	86,32%	7,07%
INTERNAÇÕES	82,74%	86,16%	4,13%
DERMATOLOGIA	80,93%	85,04%	5,07%
NEUROLOGIA	73,04%	77,40%	5,97%
PNEUMOLOGIA	64,40%	67,63%	5,01%
ENDOCRINOLOGIA	57,43%	63,90%	11,28%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIA/SUS, SIH/SUS e SIB/ANS

Importante frisar que essa análise se limita a indicar se há, ou não, registros de atendimentos para quaisquer dos procedimentos de cada especialidade. No caso concreto, todas as regiões de saúde apresentaram produção para pelo menos um procedimento de cardiologia da amostra. Isso se deve especificamente ao exame de eletrocardiograma, que está presente em todas as regiões. Já em relação à nefrologia, um pequeno percentual de 0,19% da população brasileira vivia, em 2019, em regiões de saúde que não realizaram o único procedimento de nefrologia de média complexidade da amostra (ultrassonografia de aparelho urinário).

Os piores índices foram em relação à neurologia, pneumologia e endocrinologia. Mais de 20% da população brasileira vivem em regiões que não realizavam nenhum dos procedimentos de média e alta complexidade dessas especialidades. Em números absolutos, são mais de 30 milhões de pessoas (sem planos de saúde

privados) vivendo nesses vazios assistenciais. Para pneumologia e endocrinologia, esse quantitativo é superior a 50 milhões de pessoas.

Como aspecto positivo, percebe-se que houve uma expansão da cobertura nos últimos 5 anos em 13 dos 14 grupos de procedimentos analisados. A exceção é o grupo de oncologia, no qual o percentual de cobertura em relação à média complexidade (principalmente para diagnóstico de câncer) diminuiu 0,44% no período. Em relação a essa variação, cabe destacar que esse levantamento não se trata de análise de série histórica e, portanto, não é possível afirmar se há tendências consistentes de expansão ou retração da cobertura.

O quadro a seguir, que contém o mesmo tipo de informação do quadro anterior, se refere aos procedimentos de alta complexidade, onde o referencial territorial passa a ser as macrorregiões de saúde

Quadro 3: Valores do indicador de cobertura dos procedimentos de alta complexidade, por especialidade (2014 e 2019)

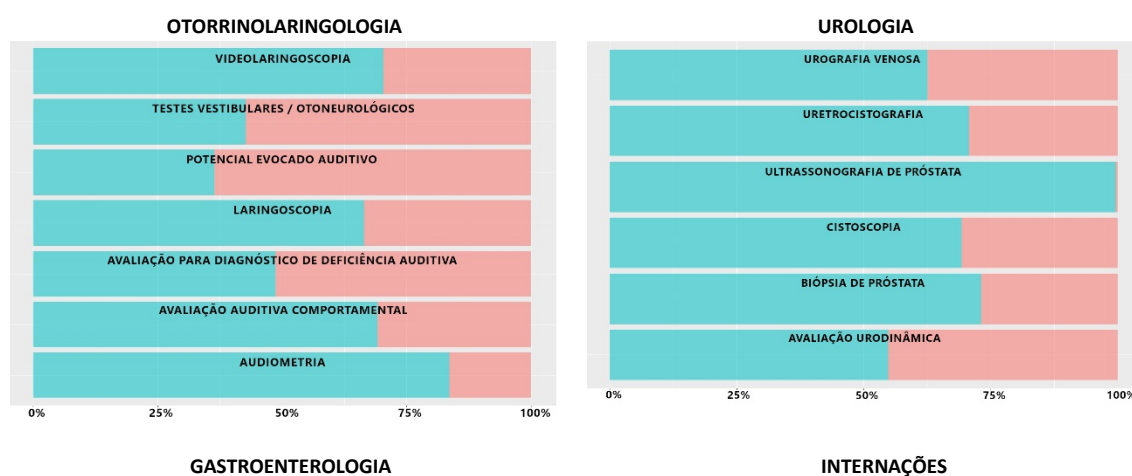
ESPECIALIDADE	COBERTURA 2014	COBERTURA 2019	VARIAÇÃO
NEFROLOGIA	99,31%	99,31%	0,00%
NEUROLOGIA	99,24%	99,31%	0,07%
ORTOPEDIA	99,31%	99,31%	0,00%
PNEUMOLOGIA	99,31%	99,31%	0,00%
ENDOCRINOLOGIA	98,20%	98,85%	0,66%
ONCOLOGIA	87,26%	89,59%	2,66%
CARDIOLOGIA	86,94%	87,64%	0,81%
ANGIOLOGIA	81,14%	84,62%	4,29%

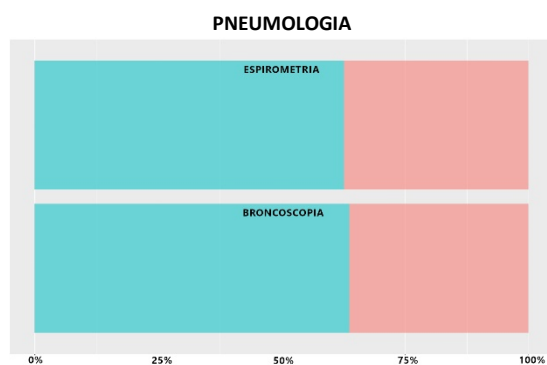
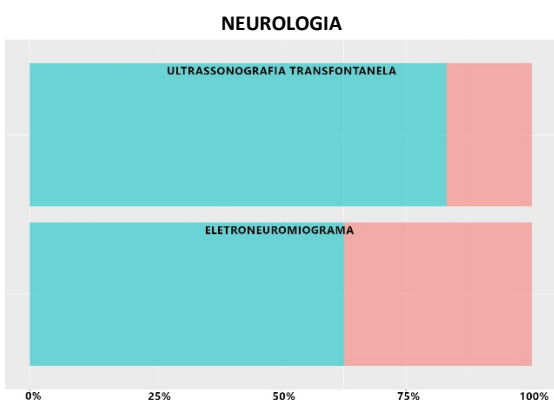
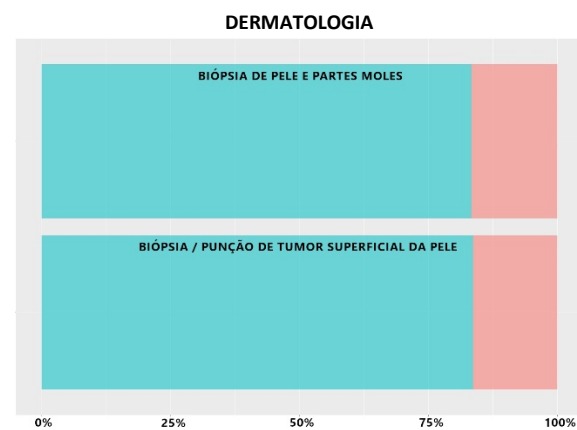
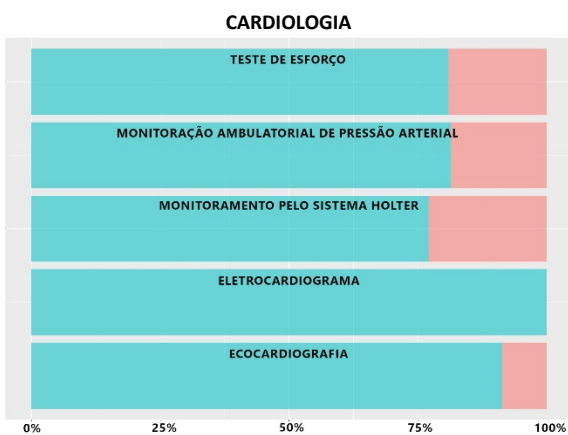
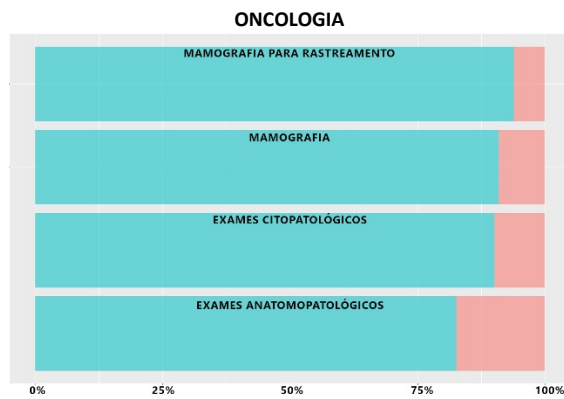
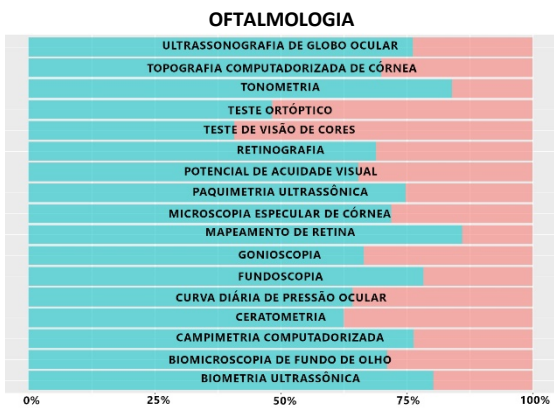
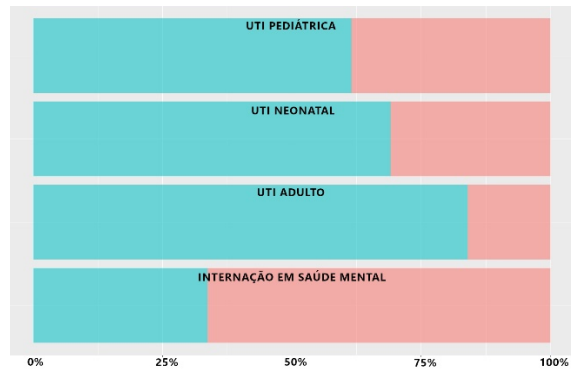
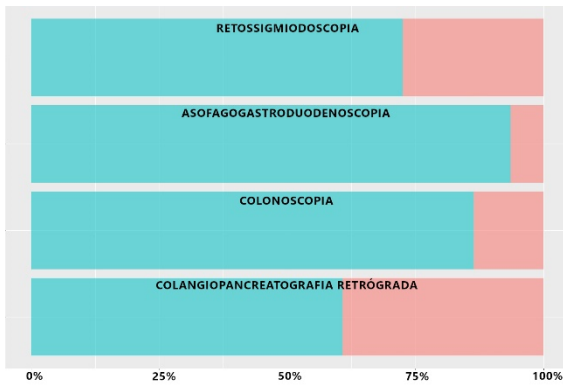
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIA/SUS, SIH/SUS e SIB/ANS

Percebe-se, portanto, que os vazios assistenciais tendem a ser menos representativos quando se considera as macrorregiões. As piores situações se referem às macrorregiões que não possuem nenhum dos serviços de oncologia, de cardiologia ou de angiologia aqui considerados. São mais de 10% da população dependente exclusivamente do SUS vivendo nessas localidades, o que equivale a mais de 15 milhões de pessoa sem qualquer cobertura nessa área.

Ressalta-se que os dados acima tratam da cobertura por especialidade. Ao analisarmos a cobertura por tipo de procedimento verifica-se que as situações de falta de cobertura se mostram críticas para alguns casos específicos. Os gráficos a seguir indicam a taxa de cobertura por tipo de procedimento de média complexidade, ou seja, tendo como referencial geográfico as regiões de saúde.

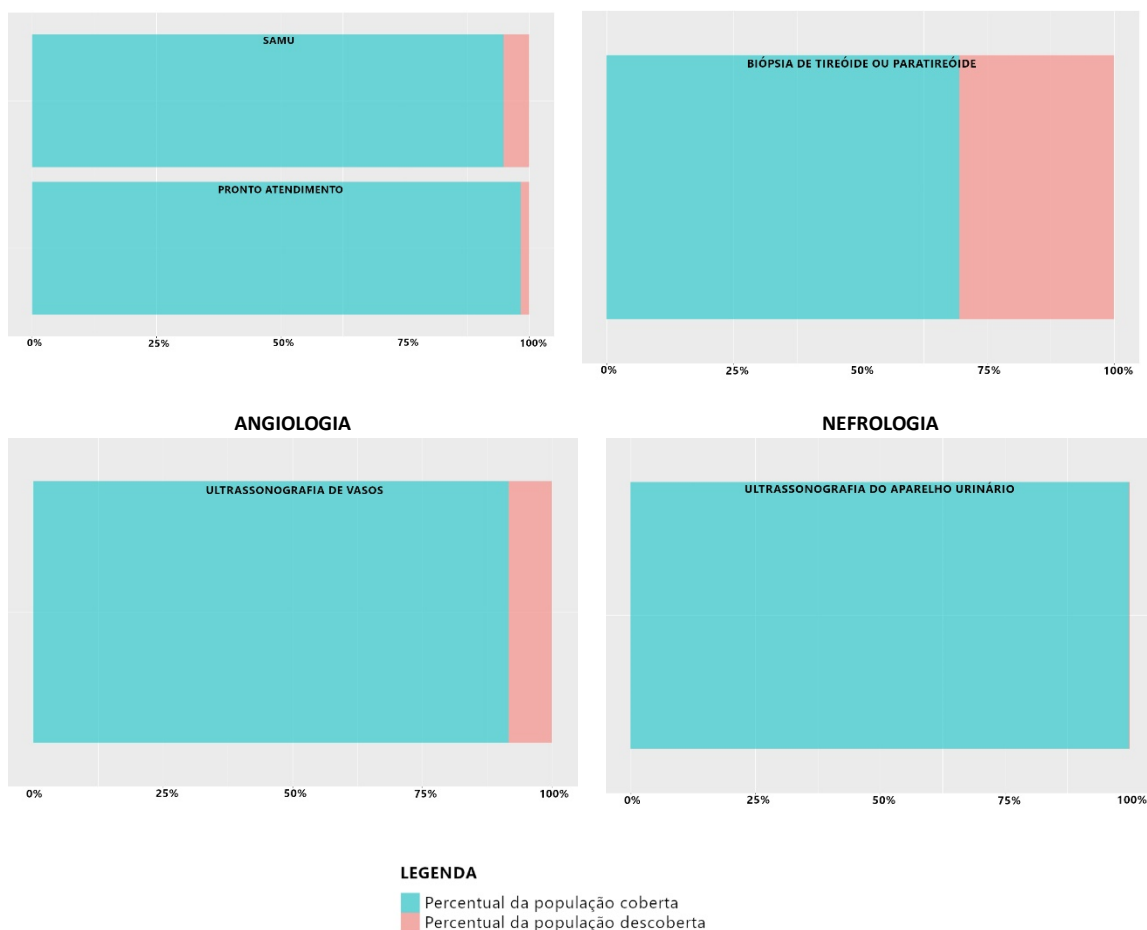
Gráfico 3: Cobertura populacional dos procedimentos de média complexidade, por regiões de saúde (2019)





URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

ENDOCRINOLOGIA



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIA/SUS, SIH/SUS, SIB/ANS e IBGE

A partir dessa perspectiva detalhada por tipo de procedimento, percebe-se que existe parcela significativa da população que vive em locais que não ofertam serviços básicos de média complexidade pelo SUS. Ressalta-se que cada ponto percentual equivale a cerca de 1,5 milhão de habitantes. Para alguns casos, mais da metade da população brasileira vive em regiões de saúde que não possuem o serviço, como é o caso da avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva, internação em saúde mental e teste de visão de cores.

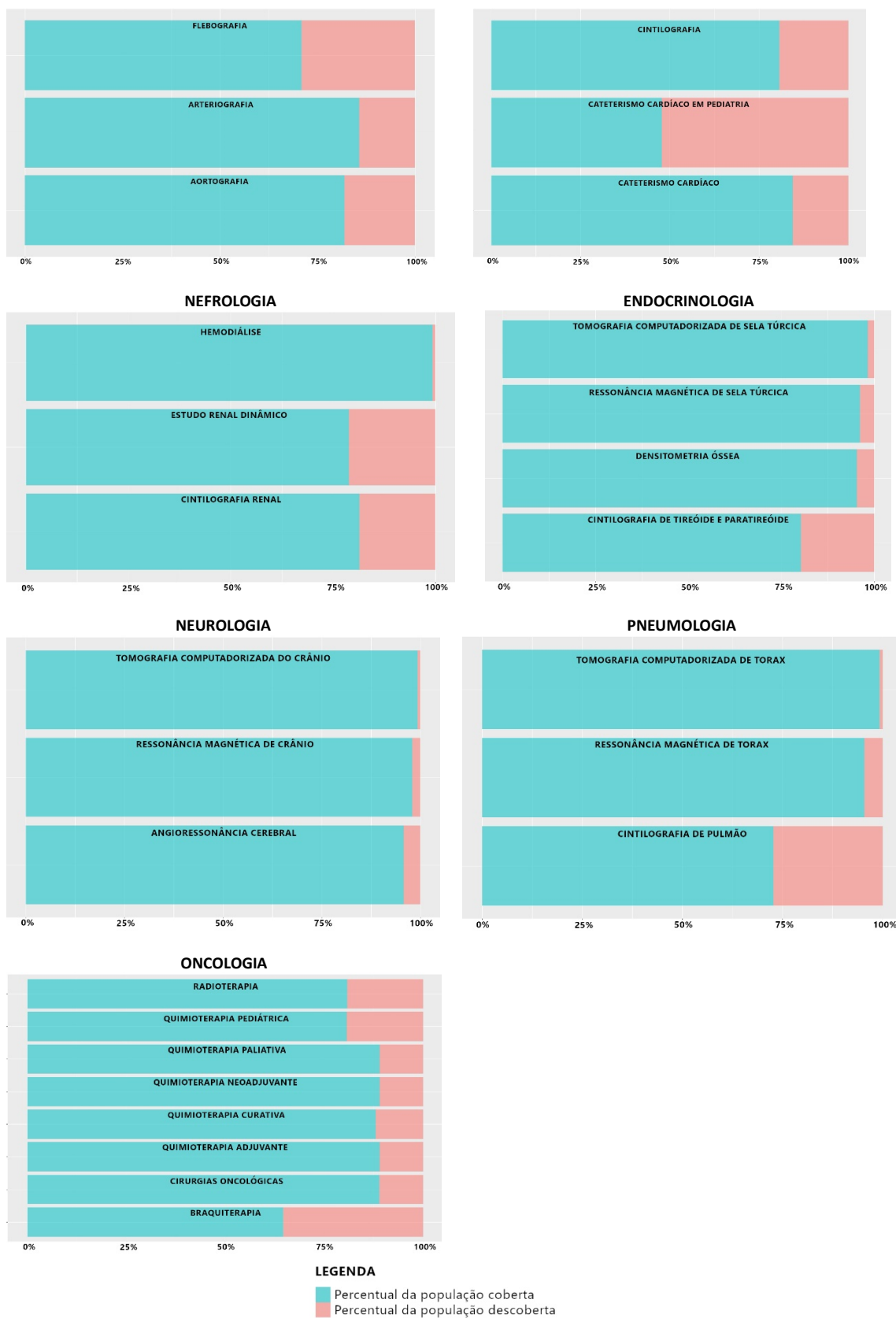
Chama a atenção, também, a necessidade de expansão da oferta de procedimentos de grande importância para a atenção à saúde da população, tais como a biópsia de próstata, as internações em UTI, as mamografias e os procedimentos relacionados à cardiologia.

Os gráficos a seguir apresentam o mesmo tipo de informação, porém para os procedimentos de alta complexidade, que têm o recorte macrorregional como referência.

Gráfico 4: Cobertura populacional dos procedimentos de alta complexidade, por macrorregiões de saúde (2019)

ANGIOLOGIA

CARDIOLOGIA



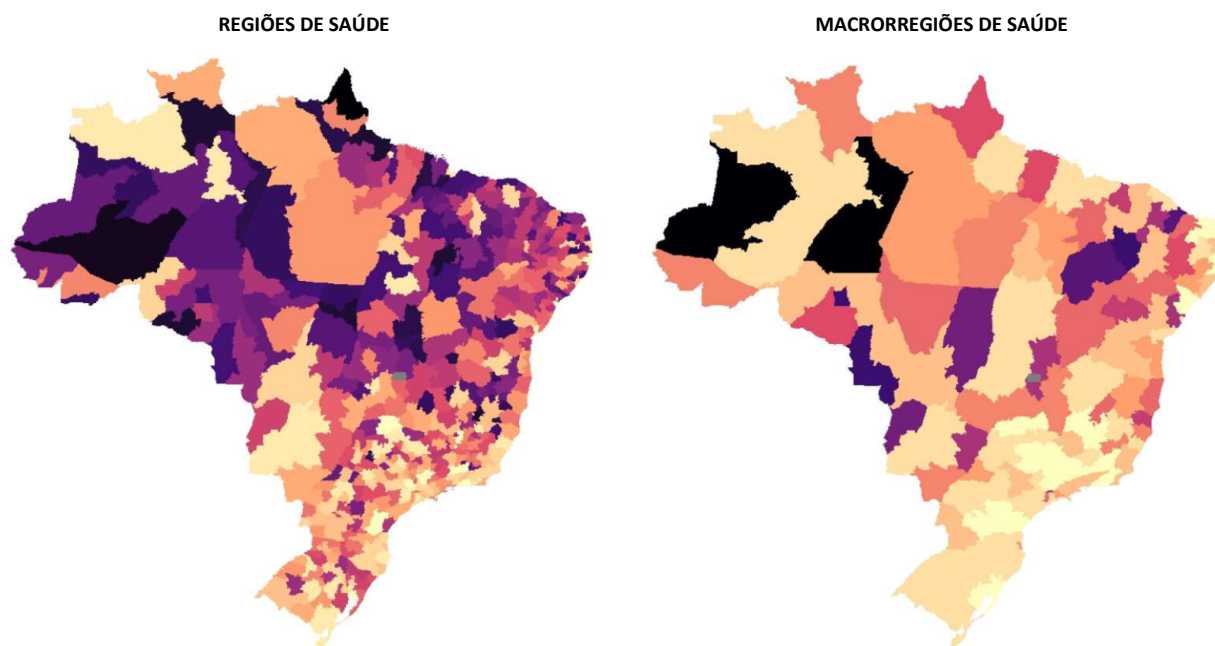
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIA/SUS, SIH/SUS, SIB/ANS e IBGE

Assim como observado em relação aos procedimentos de média complexidade, existem defasagem importantes na oferta de serviços de alta complexidade nas macrorregiões de saúde. Essas informações são

relevantes na discussão sobre o financiamento federal da MAC uma vez que os critérios de rateio são atrelados, em sua maior parte, à estrutura de oferta de serviços. Nesse sentido, os recursos federais são transferidos para financiar os serviços existentes nas regiões e macrorregiões de saúde, havendo uma quantidade significativa de localidades que não ofertam os serviços.

As imagens a seguir ilustram a distribuição territorial das regiões e das macrorregiões de saúde, conforme as taxas de coberturas dos serviços de média a alta complexidade

Figura 1: Mapas sobre a cobertura dos serviços de MAC nas regiões e nas macrorregiões de saúde



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIA/SUS, SIH/SUS, SIB/ANS e IBGE

Para reverter esse cenário, é necessário o aporte de recursos de investimento voltados à expansão da capacidade instalada nas localidades que apresentam defasagem na oferta, sendo que uma das possíveis fontes desses recursos é o orçamento federal. Cabe destacar que a presente análise explora os vazios assistenciais, mas que as decisões sobre a expansão da capacidade instalada não devem considerar apenas esse aspecto, uma vez que a carência em localidades que já possuem a oferta de serviços pode ser até superior à necessidade reprimida nos vazios assistenciais, a depender do perfil populacional.

Além disso, a implantação de serviços exige outros fatores além da estrutura física, com destaque para a necessidade de alocação e fixação profissional que, no âmbito da MAC, deve ter formação especializada.

Diante desse contexto, a parte seguinte desse relatório aprofunda em questões abordadas nessa primeira parte, tais como a lógica de financiamento federal da MAC, incluindo análises sobre o poder decisório na alocação desses recursos, bem como os impactos que os recursos federais da MAC têm em relação a indicadores de acesso aos serviços.

2 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Essa avaliação tem como objetivo principal fornecer subsídios para a tomada de decisões nos níveis estratégico e tático em relação à atuação do Governo Federal no fortalecimento das ações de média e alta complexidade no SUS. Conforme abordado na parte inicial desse relatório, a MAC consiste em um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Essas ações são executadas prioritariamente pelos estados e, subsidiariamente, pelos municípios e são apoiadas financeira e tecnicamente pela União. Nesse contexto, o Ministério da Saúde exerce importante função no financiamento da MAC por meio de transferências de recursos financeiros de forma regular e automática aos estados e aos municípios.

A cada ano, são mais de R\$ 45 bilhões transferidos pelo Ministério da Saúde para apoiar o custeio das ações de média e alta complexidade do SUS apenas na Ação 8585. Ainda assim, percebe-se a necessidade de expansão da oferta em determinadas localidades, de modo a viabilizar o acesso da população aos serviços necessários para garantir a integralidade do cuidado.

Com base nessa compreensão inicial, que a alta materialidade das transferências e a necessidade de ampliação do acesso, e seguindo a metodologia de atuação do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), as questões avaliativas foram definidas a partir de discussões e debates entre representantes de órgãos da Administração Pública Federal, incluindo o Ministério da Saúde como órgão setorial responsável pela Atenção Especializada à Saúde. Nesse sentido, foram definidas as seguintes questões de avaliação:

Questão 1: Como está estruturado o atual modelo de financiamento da MAC?

Questão 2: O processo de decisão no que diz respeito à distribuição dos recursos da MAC entre os entes está adequado às normas?

Questão 3: Qual é o efeito da distribuição de financiamento da MAC sobre o acesso a internações e procedimentos de alta complexidade (geográfico ou outros)?

Para responder a essas questões, foram executadas análise sobre dados e documentos oficiais relativos à APS. Foram adotados conceitos da publicação “Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise Ex Post”, quando cabível, bem como de outros referenciais bibliográficos. Essa avaliação foi executada pela Controladoria-Geral da União (CGU) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Visando a fluidez e a concisão, os principais resultados da avaliação estão apresentados nos tópicos a seguir. Eventuais detalhamentos técnicos e metodológicos são apresentados em apêndices que integram esse documento.

2.1 Estrutura do Modelo de Financiamento da Média e Alta Complexidade no SUS

Na primeira parte desse relatório, foram descritos aspectos importantes a respeito do modelo de financiamento federal das ações de média e alta complexidade (MAC) do SUS. Um aspecto que chama a atenção de imediato é a alta materialidade, uma vez que são mais de R\$ 55 bilhões transferidos anualmente nessa rubrica. É o equivalente a mais de R\$ 200,00 ao ano para cada habitante do país.

Destaca-se que a participação federal corresponde a uma parcela de todo custeio das ações de MAC no SUS. De acordo com estimativas do IPEA (no prelo), a participação federal no custeio do MAC é de

aproximadamente 32%, o que indica que o montante total aplicado anualmente nesses níveis de atenção é superior a R\$ 135 bilhões.

Apesar das altas cifras envolvidas, se percebe que a oferta de serviços de MAC é defasada em diversas localidades do país, o que aponta para a necessidade de expansão da oferta para o atendimento do princípio da integralidade do cuidado. O Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS, desempenha importante função no sentido de induzir à ampliação da oferta, seja na alocação de recursos para investimentos ou no aporte de recursos para custeio, que tendem a contribuir positivamente para o fortalecimento das redes de serviços nas localidades.

Para uma melhor compreensão acerca da atuação do Governo Federal nesse tema, importante explorar como se dá o financiamento federal da MAC, incluindo seus instrumentos, sua dinâmica, as justificativas e os atores envolvidos.

2.1.1 O Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade e os Valores Extra-Limite

Um dos instrumentos mais importantes e mais conhecidos em relação ao financiamento federal da MAC é o “Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade”, que é usualmente chamado somente de “Teto MAC”. Existe um limite financeiro para cada ente federativo que recebe recursos federais para a média e alta complexidade. Esse valor é o resultado de uma série de pactuações interfederativas relacionadas à oferta de serviços de MAC realizadas ao longo do tempo.

Algumas situações resultam em aumentos dos Limites Financeiros, tais como habilitações de novos estabelecimentos, expansão da oferta de serviços e reajustes de valores de procedimentos da Tabela SUS. De igual modo, situações que representam retração da oferta de serviços de MAC na localidade devem resultar em decréscimos no respectivo limite financeiro. Todas essas alterações devem ser formalizadas por meio de Portarias do Ministério da Saúde, emitidas após o devido trâmite administrativo voltado a atestar o fato gerador.

Nesse sentido, uma vez que o limite financeiro da MAC de determinado ente é aumentado em decorrência, por exemplo, da habilitação de novos leitos de internação, ele somente será reduzido com a emissão de novas portarias. Essa dinâmica faz com que os limites financeiros apresentem, em geral, tendência de aumento ao longo do tempo. A tabela a seguir indica os limites financeiros de todos os estados do Brasil e dos municípios de cada UF referentes à competência de maio de 2021.

Tabela 1: Limites Financeiros da Média e Alta Complexidade dos Estados e dos Municípios Brasileiros (competência maio/2021)

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LIMITE FINANCEIRO ESTADUAL	LIMITES FINANCEIROS DOS MUNICÍPIOS	LIMITE FINANCEIRO TOTAL
ACRE	199.345.156,58	5.459.286,48	204.804.443,06
ALAGOAS	203.716.924,09	635.604.485,60	839.321.409,69
AMAZONAS	425.918.076,49	158.203.400,93	584.121.477,42
AMAPÁ	110.587.918,22	19.590.013,72	130.177.931,94
BAHIA	1.378.589.090,59	1.788.766.095,02	3.167.355.185,61
CEARÁ	548.852.883,20	1.499.425.356,14	2.048.278.239,34
DISTRITO FEDERAL	519.042.021,11	0	519.042.021,11
ESPÍRITO SANTO	565.526.803,56	298.541.690,52	864.068.494,08
GOIÁS	174.668.890,11	1.264.835.941,17	1.439.504.831,28
MARANHÃO	340.135.894,24	802.410.214,35	1.142.546.108,59
MINAS GERAIS	590.065.883,55	4.461.828.422,91	5.051.894.306,46
MATO GROSSO DO SUL	139.580.508,05	592.321.994,08	731.902.502,13

MATO GROSSO	174.535.422,45	529.840.713,03	704.376.135,48
PARÁ	371.758.341,12	924.479.002,63	1.296.237.343,75
PARAÍBA	161.982.834,40	687.251.642,27	849.234.476,67
PERNAMBUCO	1.293.350.032,50	961.827.031,42	2.255.177.063,92
PIAUÍ	233.483.116,16	515.537.896,05	749.021.012,21
PARANÁ	1.058.662.300,11	1.750.596.506,47	2.809.258.806,58
RIO DE JANEIRO	649.739.904,05	3.244.488.753,42	3.894.228.657,47
RIO GRANDE DO NORTE	232.732.134,44	483.482.768,09	716.214.902,53
RONDÔNIA	234.110.330,17	170.367.943,97	404.478.274,14
RORAIMA	91.267.809,84	44.446.871,56	135.714.681,40
RIO GRANDE DO SUL	999.925.267,08	1.983.589.849,86	2.983.515.116,94
SANTA CATARINA	403.571.934,95	1.213.215.554,80	1.616.787.489,75
SERGIPE	288.597.750,15	219.245.425,49	507.843.175,64
SÃO PAULO	4.009.414.610,34	5.427.226.756,70	9.436.641.367,04
TOCANTINS	281.503.413,04	137.871.509,24	419.374.922,28
TOTAL	15.680.665.250,59	29.820.455.125,92	45.501.120.376,51

Fonte: Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC)

Para ilustrar essa tendência de crescimento dos Limites Financeiros ao longo do tempo, cita-se o exemplo do Teto MAC relativo ao Distrito Federal. Conforme tabela acima, o limite em maio de 2021 era de R\$ 519 milhões. Em consulta ao Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC), verifica-se que o limite financeiro em dezembro de 2019 era na ordem de R\$ 492 milhões, um aumento de cerca de 5% no período.

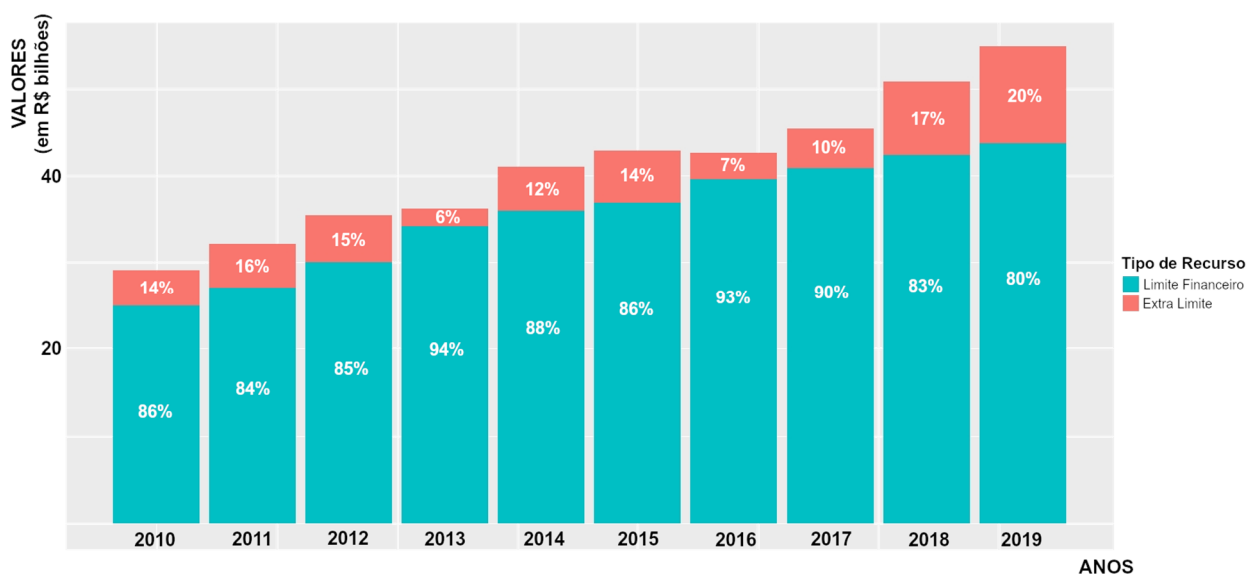
O Limite Financeiro é o principal componente do financiamento federal da MAC. A cada mês, o Ministério da Saúde transfere aos respectivos entes o equivalente a 1/12 dos seus limites financeiros da MAC. Esse valor está sujeito a descontos específicos, tais como os decorrentes de decisões judiciais, para o pagamento de hospitais universitários federais, para o pagamento de parcelas de empréstimos consignados dentre outros.

No entanto, existem outros valores transferidos mensalmente relacionados ao financiamento da média e alta complexidade que não são computados no limite financeiro. Essas outras parcelas compõem o que aqui será denominado como parcela “Extra Limite”. Dentre essas ações extra limite, destacam-se os recursos relativos ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e aos incrementos temporários.

Os principais componentes do Limite Financeiro e das ações Extra Limite são detalhadas em capítulos adiante desse relatório.

O importante é destacar que a participação dos valores Extra Limite tem crescido de forma significativa nos últimos anos. O gráfico a seguir ilustra essa composição para o período de 2010 a 2019.

Gráfico 5: Composição das transferências federais para Média e Alta Complexidade no período de 2010 a 2019



Fonte: Elaboração Própria, com dados do SISMAC e do Fundo Nacional de Saúde (FNS)

O gráfico acima aponta para uma tendência de crescimento da participação da parcela extra limite no total transferido referente à Média e Alta Complexidade. Optou-se por não considerar os dados relativos a 2020 devido às distorções decorrentes das ações de enfrentamento da pandemia. O Limite Financeiro, que já chegou a representar mais de 90% do total transferido, apresentou o menor patamar da série histórica considerada no ano de 2019 (80%). Parte desse cenário decorre do aumento das transferências relativas aos incrementos temporários que, conforme tratado mais adiante, têm relação com as emendas parlamentares ao orçamento.

2.1.2 Detalhando o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

O Ministério da Saúde disponibiliza, por meio do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC) a relação de todas as Portarias do Ministério da Saúde que resultaram em alterações dos Teto MAC de todos os Estados e Municípios a partir de 2003. São mais de 14 mil Portarias emitidas entre 2003 e 2020, dentre acréscimos, reduções e remanejamentos de valores entre os entes.

Essas alterações podem ser classificadas em dois grandes grupos. Um grupo compreende as alterações decorrentes da oferta de procedimentos de média a alta complexidade na localidade e outro se refere às políticas de saúde financiadas por meio de incentivos financeiros, conforme detalhado a seguir.

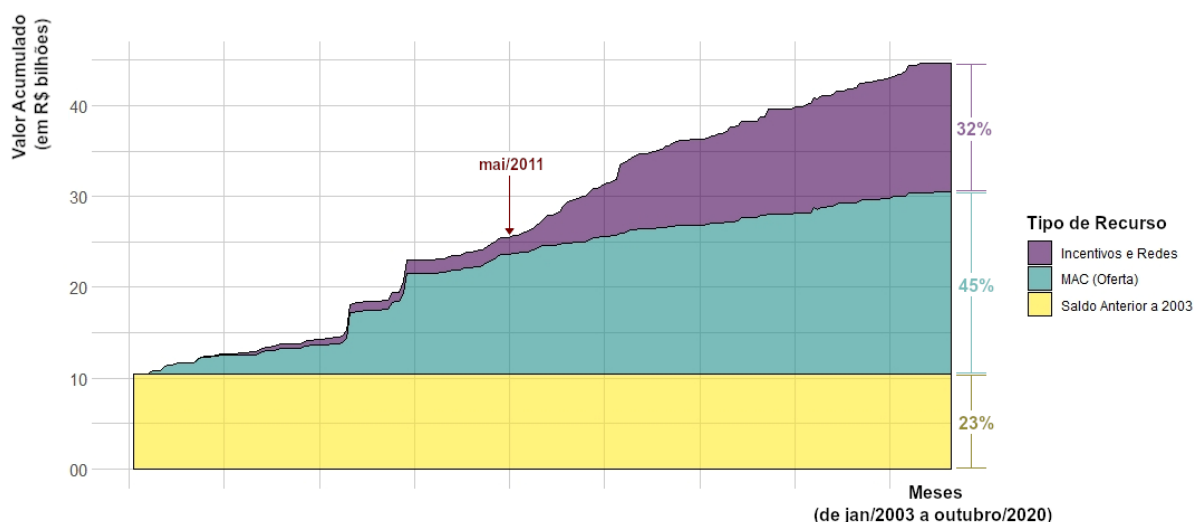
MAC (oferta): Essas alterações do limite financeiro ocorrem principalmente quando há alterações na oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados nessa modalidade e informados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Nesse sentido, quando determinada localidade expande a capacidade de atendimento de um hospital, a instância local de gestão do SUS pode requerer, junto ao Ministério da Saúde, o aumento do seu limite financeiro. Também se enquadram nesse grupo as habilitações de serviços específicos, tais como UTI e unidades de cuidados intermediários. Além disso, incluem nesse grupo as alterações dos limites financeiros decorrentes de ajustes dos valores dos procedimentos da Tabela SUS. Nesses casos, o Ministério da Saúde altera os valores dos

procedimentos da Tabela e calcula os impactos financeiros decorrentes dessa alteração nos Teto MAC dos entes.

INCENTIVOS: Determinadas políticas de saúde são financiadas, sob a perspectiva do Governo Federal, por meio de incentivos financeiros. Nesses casos, o Ministério da Saúde habilita os serviços e passa a transferir um valor predefinido para compor o custeio daquela unidade, independentemente do volume e dos tipos de procedimentos executados. Essa desvinculação em relação à produção ambulatorial e hospitalar é a principal diferença em relação ao grupo anterior. Dentre as políticas financiadas pela lógica dos incentivos, destacam-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e uma série de ações estruturadas em redes de atenção à saúde, tais como a rede de saúde mental, a rede cegonha, o programa melhor em casa, o programa viver sem limite e o programa “crack, é possível vencer”.

Além desses dois grupos de alterações dos Teto MAC, existe uma parcela significativa de recursos que corresponde aos limites financeiros existentes antes de 2003, que é quando começa a série histórica de alterações do SISMAC. Nesse sentido, o gráfico a seguir ilustra a evolução dos valores dos Teto MAC ao longo do período compreendido entre janeiro de 2003 e outubro de 2020. Tais valores estão divididos em três categorias, são elas: Somatório dos Teto MAC existentes em dezembro de 2002; montante acrescido aos Teto MAC relativo à oferta de procedimentos de média e alta complexidade; e montante referente aos incentivos e ao financiamento de redes de atenção à saúde.

Gráfico 6: Evolução dos limites financeiros da MAC no Brasil de 2003 a 2020



Fonte:

Elaboração Própria, com dados do SISMAC

Depreende-se do gráfico acima que 23% do montante total dos Teto MAC existentes atualmente não possui lastro sistematizado, ou seja, não é possível verificar o que compõe tal parcela. Em relação às demais categorias, a maior parte se refere (45%) a critérios de alteração do Teto MAC relacionados à oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, tais como aumentos da quantidade ofertada de serviços e ajustes dos valores dos procedimentos. Por outro lado, chama a atenção o crescimento da parcela que não está diretamente relacionada com a oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, que são aquelas variações relativas aos incentivos.

Essa parcela relativa aos incentivos apresenta um crescimento significativo a partir de maio de 2011. Naquele momento, os incentivos correspondiam a cerca de 7% do total dos limites financeiros da MAC. Dois anos depois, em maio de 2013, essa proporção já era de 18%. No segundo semestre de 2020, que corresponde ao último período analisado, os incentivos já correspondiam a 32% dos Teto MAC. Se mantida essa tendência

de crescimento observada nos últimos oito anos (de 2012 a 2019), a parcela relativa aos incentivos corresponderá a mais da metade do montante total dos Teto MAC a partir do ano de 2026.

Esses dados indicam a tendência de que o financiamento federal da MAC esteja cada vez mais vinculado à lógica dos incentivos. No sentido inverso, a proporção dos limites financeiros referentes à oferta de procedimentos tem diminuído ao longo do tempo. Em maio de 2011, quando o crescimento dos incentivos passou a ser mais consistente, 51% dos Teto MAC eram referentes à oferta de procedimentos. Em outubro de 2020 esse percentual é de 45%.

Naturalmente, a parcela “não explicada” dos limites financeiros, que corresponde aos Tetos MAC anteriores a 2003, vai ficando cada vez menos representativa do total conforme os limites financeiros vão sendo aumentados. Apesar dessa tendência, a materialidade dessa parcela não deve ser desconsiderada. Em termos financeiros, são R\$ 10,4 bilhões que não possuem lastro sistematizado em portarias do Ministério da Saúde.

2.1.3 Detalhando os Valores Extra Limite

Conforme tratado anteriormente, cerca de 20% do montante transferido pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento da média e alta complexidade não está incluso nos limites financeiros dos estados e municípios. Os dados dos últimos anos apontam para uma tendência de aumento dessa parcela.

Historicamente, a principal modalidade de repasse de MAC extra Teto é relativa ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que é um instrumento no qual o Ministério da Saúde transfere aos Estados e Municípios o valor relativo à produção ambulatorial e hospitalar, o que se aproxima da lógica de financiamento por *fee-for-service* tratado na parte inicial desse relatório.

Há uma relação restrita de procedimentos da Tabela SUS que são financiados por meio do FAEC. No nível ambulatorial, os procedimentos relacionados ao tratamento dialítico (hemodiálise) representam cerca de 80% do faturamento via FAEC. Já no nível hospitalar, os principais tratamentos remunerados via FAEC são aqueles relacionados a transplantes. Além disso, essa modalidade de financiamento é aplicada nos casos de tratamentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), que é um instrumento do SUS voltado a ordenar o fluxo interestadual de pacientes para procedimentos que não são ofertados no território de origem.

Nos casos dos transplantes e dos procedimentos regulados pela CNRAC, o financiamento via FAEC é o modelo a ser aplicado por tempo indeterminado. Para os demais casos, incluindo os tratamentos dialíticos, o FAEC representa um modelo transitório. A premissa é de que os novos procedimentos do SUS sejam financiados pelo FAEC até que se possam parâmetros para a formação de série histórica que indiquem o padrão de oferta no território. A partir disso, o procedimento seria incluído no limite financeiro da MAC, deixando de ser financiado pelo FAEC.

De acordo com informações do Fundo Nacional de Saúde, foram transferidos R\$ 5,3 bilhões referentes a procedimentos financiados pelo FAEC no exercício 2019, para um total de 706 entes diferentes. Isso corresponde a cerca de 10% do total transferido referente à média e alta complexidade.

Rubricas diversas como a “Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde” e a “Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes” representam transferências extra teto com pouca materialidade.

Por outro lado, um tipo de transferência extra limite que tem apresentado cada vez mais relevância são os chamados incrementos temporários. Essas transferências surgiram como uma forma de viabilizar a execução de emendas parlamentares ao Orçamento Geral da União destinadas ao custeio de ações e serviços de saúde.

Por meio desse mecanismo, o poder legislativo federal define a alocação de recursos correntes para o SUS, principalmente para ações de média e alta complexidade. Nesses casos, há uma transferência em parcela única aos Estados ou Municípios beneficiados com a emenda. Nesse processo, os parlamentares, seja de forma individual ou por bancada, indicam a localidade que deve receber o recurso de MAC, inclusive com o nível de detalhamento sobre qual estabelecimento deve ser beneficiado. Por força das emendas constitucionais nº 86/2015 e nº 100/2019, as emendas parlamentares ao OGU são de execução obrigatória pelos Poder Executivo Federal.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem pouca ingerência sobre esse tipo de gasto, uma vez que as emendas devem ser obrigatoriamente executadas, salvo nos casos de impedimentos de ordem técnica.

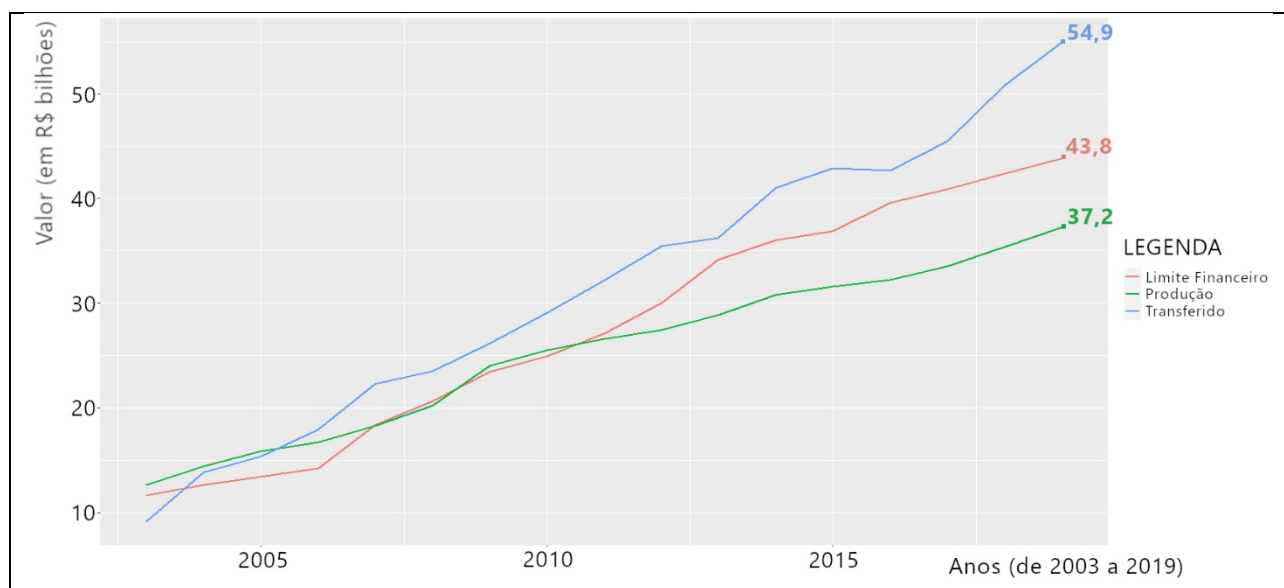
2.1.4 A Vinculação entre os Montantes Transferidos e a Oferta de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares

Conforme tratado anteriormente, a lógica da remuneração por serviço prestado (*fee-for-service*) é a mais tradicional nos sistemas de saúde. Por esse motivo, observa-se uma relação entre os valores dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados em determinada localidade e os valores transferidos pelo Ministério da Saúde para apoiar o custeio de tais serviços.

Trabalho realizado pela CGU indica que 96% da variação do Teto MAC pode ser explicada por variações na produção ambulatorial e hospitalar, embora a lógica de financiamento da MAC no nível federal não se baseia exclusivamente na oferta de serviços.

Além disso, verifica-se que há um volume significativo de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde em relação à MAC que ocorre de forma extra teto. Nesse sentido, o gráfico a seguir indica a evolução desses três tipos de valores ao longo do período de 2003 a 2019, revelando uma tendência de distanciamento entre essas curvas.

Gráfico 7: Comparativo entre Limite Financeiro, Produção Ambulatorial/Hospitalar e Montantes Transferidos – Consolidado Brasil

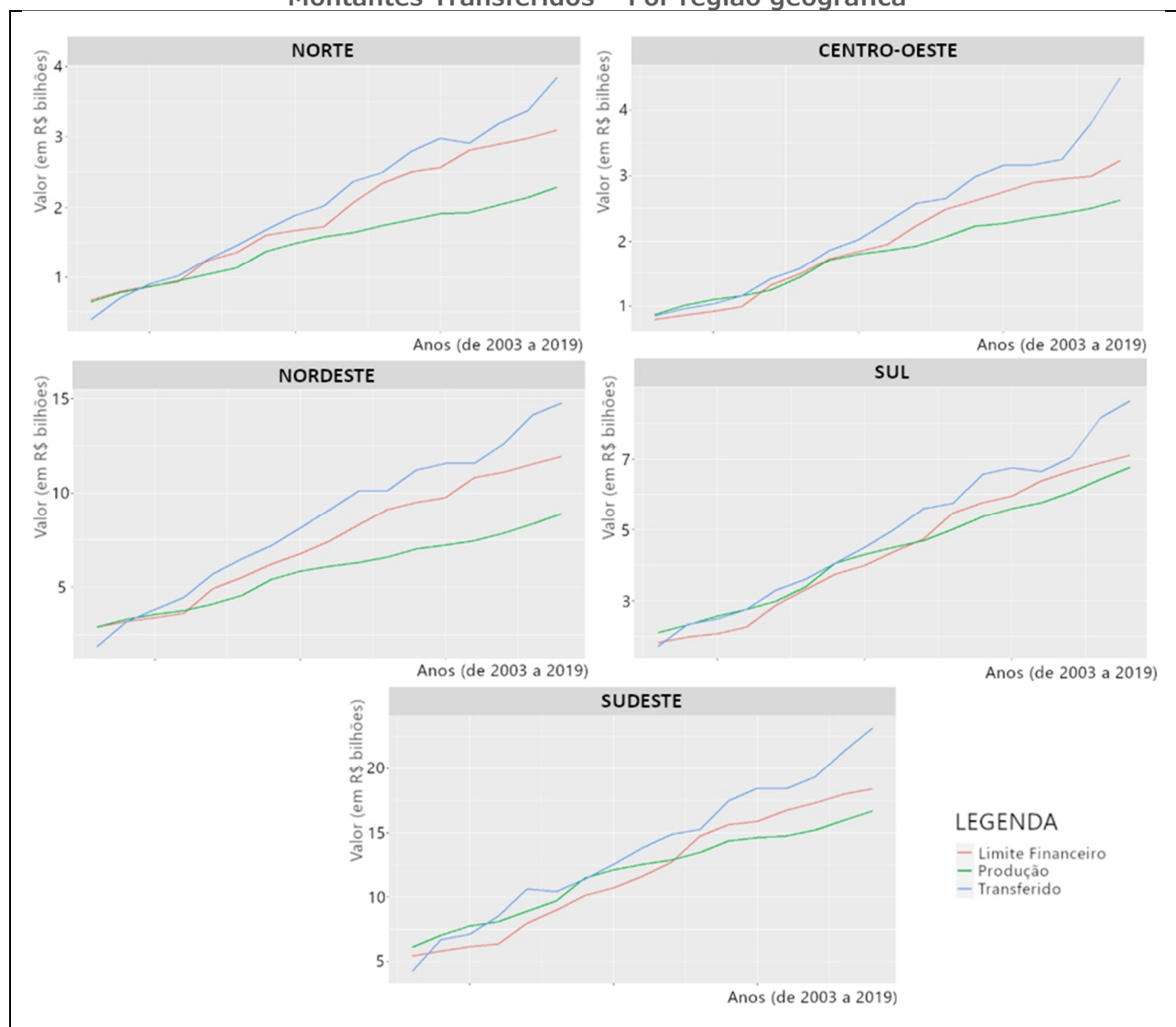


Fonte: Elaboração Própria, com dados do SISMAC, do SIA/SUS, do SIH/SUS e do FNS

Pelo gráfico acima, percebe-se que, na média nacional, para cada R\$ 1,00 produzido em termos de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, o Ministério da Saúde transfere R\$ 1,47 para os Estados e Municípios a título de apoio para custeio da MAC. Esse dado indica que o financiamento federal não pode ser confundido com os valores da tabela SUS, uma vez que a transferência federal é cerca de 50% superior à produção.

Os gráficos a seguir indicam essa mesma relação entre produção ambulatorial e hospitalar, Teto MAC e valores federais transferidos de forma regionalizada.

Gráfico 8: Comparativo entre Limite Financeiro, Produção Ambulatorial/Hospitalar e Montantes Transferidos – Por região geográfica



Fonte: Elaboração Própria, com dados do SISMAC, do SIA/SUS, do SIH/SUS e do FNS

O que se percebe pelos gráficos regionalizados é que em localidades que tendem a ter maiores defasagens dos serviços, tais como as regiões Norte e Nordeste, o distanciamento das curvas tendem a ser maiores. Isso revela maior presença de estratégias de financiamento federal não vinculadas ao *fee-for-service*, tais como

as rubricas financiadas por incentivos e os valores extra teto. A tabela a seguir indica tais valores relativos a dezembro de 2019.

Tabela 2: Composição dos valores de MAC por grandes regiões (dezembro de 2019)

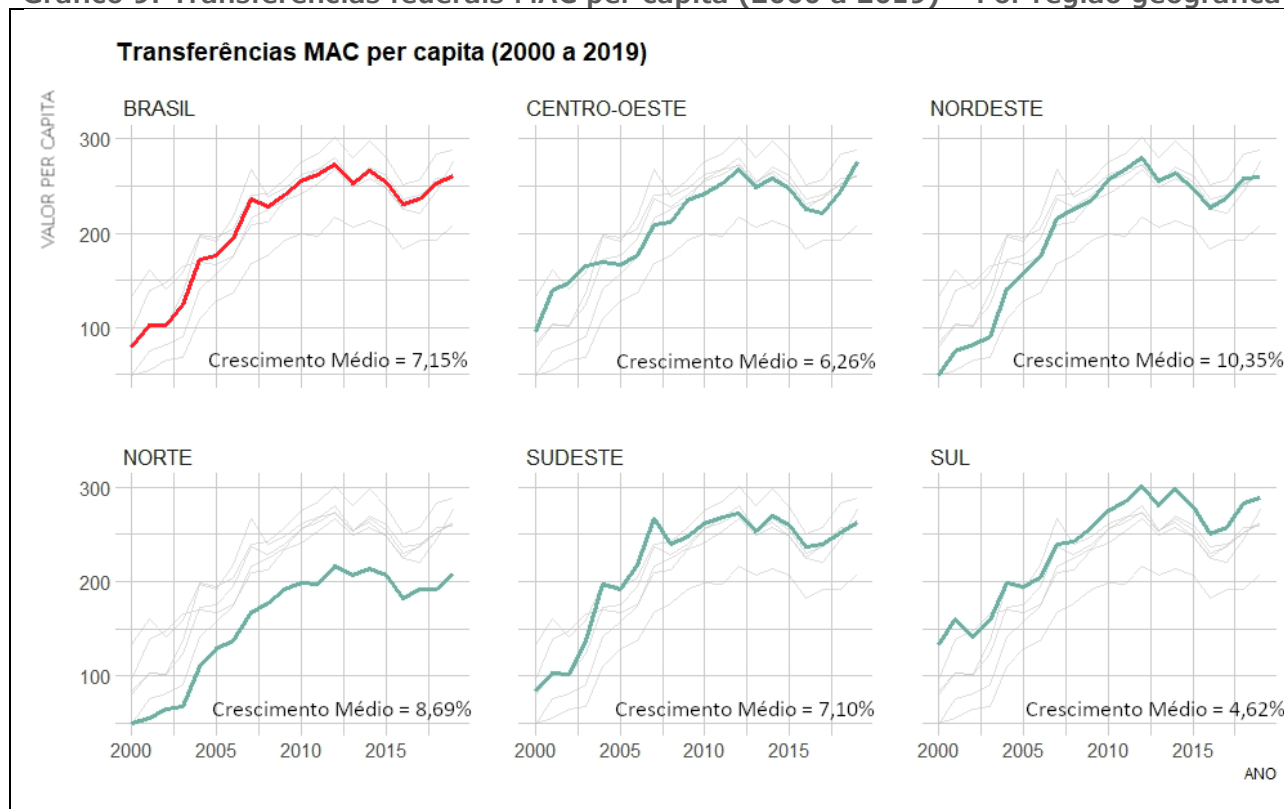
REGIAO	TIPO_VALOR	VALOR
Centro-Oeste	PRODUCAO_TOTAL	R\$ 2.622.342.810,44
	LIMITE_ACUMULADO	R\$ 3.230.704.553,84
	TRANSFERIDO	R\$ 4.496.628.852,56
Nordeste	PRODUCAO_TOTAL	R\$ 8.879.369.069,09
	LIMITE_ACUMULADO	R\$ 11.956.483.371,71
	TRANSFERIDO	R\$ 14.782.491.161,35
Norte	PRODUCAO_TOTAL	R\$ 2.289.250.105,38
	LIMITE_ACUMULADO	R\$ 3.092.638.389,03
	TRANSFERIDO	R\$ 3.845.251.711,66
Sudeste	PRODUCAO_TOTAL	R\$ 16.656.988.008,30
	LIMITE_ACUMULADO	R\$ 18.406.089.173,98
	TRANSFERIDO	R\$ 23.165.601.580,01
Sul	PRODUCAO_TOTAL	R\$ 6.771.813.234,66
	LIMITE_ACUMULADO	R\$ 7.116.196.450,72
	TRANSFERIDO	R\$ 8.641.330.419,07

Fonte: Elaboração Própria, com dados do SISMAC, do SIA/SUS, do SIH/SUS e do FNS

Assim como ocorre no agregado nacional, esses dados revelam que o aporte de recursos federais não está limitado aos valores da Tabela SUS. No Nordeste, por exemplo, para cada R\$ 1,00 em produção aprovada no SIA/SUS e no SIH/SUS, o Ministério da Saúde transferiu, em média, R\$ 1,66 aos respectivos Estado e Municípios.

Em complemento a essa constatação de maior distanciamento entre as curvas de valor produzido e valor transferido para as regiões Norte e Nordeste, se verifica que o crescimento das transferências per capita de MAC para essas regiões é superior ao crescimento da média nacional, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 9: Transferências federais MAC per capita (2000 a 2019) – Por região geográfica



Fonte: Elaboração Própria, com dados do FNS

Tais informações indicam que os mecanismos adotados pelo SUS relacionados ao financiamento federal da Média e Alta Complexidade que desvinculam as transferências federais da produção ambulatorial e hospitalar estão alinhados com o objetivo de redução das desigualdades regionais. As análises indicam que, no período considerado, o crescimento dos aportes federais em localidades com maiores defasagens em relação à estrutura de oferta foi superior ao crescimento das transferências para localidades mais desenvolvidas em termos de oferta de serviços da atenção especializada. Em complemento a essa análise, o item a seguir aborda de que forma os diferentes atores influenciam o processo de decisão sobre a alocação dos recursos federais da MAC, com foco no poder discricionário do Ministério da Saúde.

2.2 Processo de Decisão sobre a Distribuição dos Recursos Federais da MAC entre os Entes Federativos

O processo de rateio dos recursos federais para o SUS é multifatorial. No caso específico da média e alta complexidade (MAC), são diversos critérios que justificam as transferências federais. Na parte inicial desse relatório, abordou-se a interrelação entre o financiamento federal da média e alta complexidade e os modelos de remuneração dos serviços de saúde. Embora sejam aspectos essencialmente diferentes, as teorias e os modelos desenvolvidos pelos sistemas de saúde para remunerar os prestadores de serviços influenciam a forma como o Ministério da Saúde aporta recursos nos fundos de saúde estaduais e municipais.

Como reflexo disso, a alocação de recursos federais relacionados à MAC possui relação direta com a estrutura de oferta de serviços, fazendo com que as localidades que possuem redes mais desenvolvidas recebam mais recursos federais nesse nível de atenção. Tal arranjo revela a importância de se instituir uma estratégia nacional de investimentos em infraestrutura na atenção especializada, de forma a reduzir as desigualdades regionais e, por consequência, equilibrar a distribuição dos recursos federais para custeio desses serviços. Afinal, as informações contidas na parte inicial desse relatório deixam claro que há importantes vazios assistenciais no país que prejudicam a efetividade do sistema como um todo.

Em contraponto a essa vinculação direta entre estrutura de oferta e o aporte de recursos federais, a análise sobre a estrutura do modelo de financiamento da MAC contida no item anterior desse relatório revela que a expansão de componentes não vinculados diretamente à quantidade de serviços ofertados, tais como os incentivos e os incrementos temporários, tem resultado em diminuição da vinculação entre a quantidade de procedimentos realizados e as transferências federais.

Essa categorização dos componentes da MAC releva que existem diversos instrumentos e de regras que foram implementados ao longo do tempo. Nesse sentido, são diversos aspectos que motivam as decisões sobre o montante de recursos federais a ser destinado mensalmente para cada localidade, tais como a habilitação de serviços, a quantidade e o tipo de procedimentos realizados, a expectativa de oferta de atendimentos à população, dentre outros.

Para alguns casos, a transferência federal assume a característica de um ato vinculado, uma vez que basta a ocorrência do fato gerador para que o Ministério da Saúde realize a transferência, sem a necessidade de análises de mérito ou de conveniência/oportunidade. Essa característica é marcante em relação ao FAEC, mas também é observada em outros componentes do MAC, porém de forma relativizada. Por exemplo, o processo de habilitação de um leito de UTI segue requisitos claros e predefinidos voltados a comprovar o funcionamento daquele serviço. No entanto, o Ministério da Saúde detém mecanismos que o permitem não habilitar um leito submetido à sua apreciação que cumpre todos os requisitos para habilitação, bastando invocar preceitos de conveniência ou oportunidade, tais como a disponibilidade financeira.

Nesse contexto, é importante destacar que o Ministério da Saúde é o órgão responsável pela execução orçamentária e financeira de todos os recursos federais destinados à MAC, mas que seu poder de ingerência sobre a alocação desses recursos é limitado. Além de todos os requisitos estabelecidos no âmbito infralegal, a própria Lei Complementar nº 141/2012, em seu art. 22, deixa claro que essas transferências de recursos têm caráter obrigatório, não cabendo ao Governo Federal deixar de executá-las por aspectos discricionários.

Considerando a multiplicidade de atores com poder decisório a respeito da distribuição desses recursos, busca-se identificar quais são os limites de atuação do Ministério da Saúde nesse processo, bem como se o fluxo existente está aderente ao art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012. No item anterior, foram explorados grandes grupos que compõem as transferências federais relacionadas à MAC. O quadro a seguir sintetiza esses grupos, sua participação no total transferido e o nível de ingerência que o Ministério da Saúde possui sobre cada modalidade.

Quadro 4: Componentes do Financiamento Federal da MAC e os níveis de ingerência do Ministério da Saúde

TIPO DE RECURSO	FATO GERADOR	INGERÊNCIA MINISTÉRIO DA SAÚDE	PARTICIPAÇÃO MAC
Limite Financeiro pré 2003	Histórico de Oferta	Nula	18,5%
Teto MAC – Oferta	Variação da Oferta	Média	26,5%
Teto MAC – Tabela	Ajustes da Tabela SUS	Alta	9,5%
Incentivos e Redes	Habilitações	Média	25,5%
FAEC	Realização do Serviço	Nula	10,0%
Incrementos Temporários	Emendas Parlamentares	Baixa	10,0%

Fonte: Elaboração Própria

Percebe-se, portanto, que os repasses federais para MAC se configuram transferências obrigatórias, tal como preconiza a LC 141/2012, e que o Ministério da Saúde detém pouca ingerência sobre tais definições. A categorização quanto ao nível de ingerência do Ministério da Saúde foi feita pela equipe envolvida nessa avaliação, levando em consideração os fluxos atinentes a cada componente e a forma como o Ministério da Saúde atua e influencia cada um desses componentes, conforme detalhado em seguida.

Do total regularmente transferido, aquele formato no qual há forte ingerência federal diz respeito aos ajustes na Tabela SUS, o que representa cerca de 9,5% do total. Nesses casos, compete ao Ministério da Saúde promover, mediante Portarias, alterações dos valores dos procedimentos da Tabela SUS. Uma vez alterado tal valor, compete ao Ministério da Saúde calcular os impactos financeiros nos limites dos Estados e Municípios e promover, de ofício, o acréscimo ou decréscimo nos respectivos limites financeiros da MAC. Trata-se, portanto, do componente do financiamento federal da MAC que possui maior nível de ingerência do Ministério da Saúde, uma vez que todos os atos dependem exclusivamente do gestor federal.

Outros componentes, tais como os aumentos de Teto MAC decorrentes de variações da oferta e de novas habilitações, considera-se que há ingerência média do Ministério da Saúde, uma vez que tal variação exige processo administrativo interno, que pode resultar na não concessão dos aumentos mesmo se cumpridos os requisitos. Nesses casos, a solicitação para alteração dos limites financeiros deve partir dos gestores locais do SUS, mediante pactuação bipartite. Após o recebimento dos pleitos, cabe ao Ministério da Saúde priorizá-los e analisá-los à luz dos requisitos preestabelecidos. Apesar de os pleitos partirem de gestores locais, entende-se que há ingerência média do Ministério da Saúde nesse processo de análise e decisão quanto ao mérito.

Já nos casos dos incrementos temporários, que são definidos basicamente por parlamentares, a alocação está sujeita a avaliação por parte do Ministério da Saúde em relação à viabilidade técnica. No entanto, a efetiva definição da localidade beneficiada cabe ao poder legislativo, ainda que possa haver um processo de negociação política prévia voltada a qualificar a alocação. Portanto, o nível de ingerência do Ministério da

Saúde em relação a esse componente do financiamento da MAC é baixo, uma vez que a decisão alocativa é de competência do Poder Legislativo Federal. Cabe destacar que o instrumento do incremento temporário também pode ser utilizado pelo Ministério da Saúde em situações excepcionais, inclusive com recursos de programa, ou seja, não vinculados a emendas parlamentares.

No caso do montante dos limites financeiros da MAC anterior a 2003, entende-se que não há ingerência por parte do Ministério da Saúde. Trata-se de recursos já alocados e para os quais não há rastreabilidade estruturada em portarias ministeriais. Também se entende que a ingerência do Ministério da Saúde sobre recursos do FAEC é nula, uma vez que corresponde à contraprestação por serviços prestados em nível estadual ou municipal.

Por todo o exposto, verifica-se que, em que pese a alta materialidade envolvida, a autonomia do Ministério da Saúde na definição do rateio dos recursos federais relacionados à MAC é limitada, com tendência de diminuição dessa ingerência se considerarmos a composição do financiamento observada nos últimos exercícios.

As rubricas que foram consideradas como sujeitas à ingerência média ou alta do Ministério da Saúde (Teto MAC e Incentivos e Redes) correspondem a 61,5% do montante das transferências de Média e Alta Complexidade. No entanto, essas rubricas são essencialmente incrementais, ou seja, o valor transferido em determinado período corresponde ao valor transferido no período anterior, acrescido ou reduzido das variações ocorridas. Com isso, o fato de haver ingerência do gestor federal sobre as rubricas que representam 61,5% do total da MAC não significa que o Ministério da Saúde controle todos esses recursos, afinal, a maior parte disso nada mais é do que o saldo construído ao longo dos anos.

A tabela a seguir indica as variações observadas nos limites financeiros da MAC entre 2015 e 2019, considerando os acréscimos e os decréscimos ocorridos a cada ano.

ANO	CRESCIMENTO DOS LIMITES FINANCEIROS DA MAC (VALORES NOMINAIS)	CRESCIMENTO PERCENTUAL (EM RELAÇÃO AO SALDO DO ANO ANTERIOR)
2015	R\$ 898.635.151,02	2,50%
2016	R\$ 2.729.409.304,21	2,44%
2017	R\$ 1.289.394.370,89	2,27%
2018	R\$ 1.484.809.868,15	2,20%
2019	R\$ 1.397.880.896,20	2,12%

Tabela 3: Crescimento dos limites financeiros de MAC entre 2015 e 2019

Fonte: Elaboração Própria, com dados do SISMAC

De acordo com as informações acima, a média de crescimento dos limites financeiros de MAC nesse período foi de 2,3%. Em termos absolutos, são em média R\$ 1,56 bilhão acrescidos anualmente nesses componentes do MAC sujeitos à ingerência significativa do Ministério da Saúde. Em outras palavras, durante um exercício financeiro o Ministério da Saúde possui poder decisório para alocar menos de 3% do orçamento federal para MAC, sendo o restante já alocado pela lógica do orçamento incremental ou definido por outros atores.

Percebe-se que, na prática, o Ministério da Saúde atua mais como o operacionalizador das transferências federais de recursos financeiros que como instância de decisão sobre onde tais recursos devem ser alocados. Importante destacar que, além do Ministério da Saúde, a lógica de financiamento federal da MAC aponta outros três grupos de atores com poder decisório relevante sobre a alocação dos recursos. São eles: Os prestadores de serviços de saúde que compõem o SUS; os gestores estaduais e municipais de saúde; e o parlamento federal.

Sobre esse aspecto, importante ressaltar que o principal normativo que trata sobre o rateio de recursos federais na saúde é a Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece o seguinte:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

A referida Lei define que a metodologia para o rateio dos recursos deve ser pactuada da CIT e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Percebe-se que, em regra, as portarias do Ministério da Saúde que trata de políticas com impacto financeiro sobre as transferências fundo a fundo são submetidas para avaliação prévia da CIT, o que se alinha à LC 141/2012. No entanto, não se identificou, dentro do fluxo de alteração dos valores de MAC, a submissão desse processo à aprovação do CNS. Além disso, não foram identificadas as publicações anuais com os montantes a serem transferidos para cada ente. Tal publicação é inviável sob o modelo atual de financiamento da MAC sobretudo porque há às incertezas em relação às variações dos Limites Financeiros dentro do exercício e porque não há definição prévia acerca da alocação dos recursos “extra-limite”.

2.3 Efeito da Distribuição de Recursos da MAC sobre o Acesso a Internações e Procedimentos de Alta Complexidade

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) e as leis complementares posteriores estabelecem que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, atendendo alguns princípios e algumas diretrizes, entre eles: universalidade, integralidade, equidade e descentralização. O Sistema Único de Saúde (SUS) começa a ser implantado por meio de uma descentralização municipalista e já contava, à época, com uma importante participação do setor privado com e sem fins lucrativos como parte de sua rede de serviços. Muitos avanços foram observados nesse processo de implementação, com importantes resultados para a saúde da população.

Apesar dos avanços da descentralização, a densidade tecnológica associada à complexidade de alguns tratamentos demanda uma lógica diferenciada de organização das ações e serviços de saúde. A escala populacional deve ser um dos componentes na tomada de decisão sobre o planejamento e gestão da oferta, associada às necessidades populacionais, que, por sua vez, está relacionada a fatores epidemiológicos, demográficos, sociais e culturais. Esses processos estão condicionados, também, pela forma com o sistema se organizou historicamente (Viana, Lima, Oliveira, 2002; Santos, Campos, 2015; Vargas, 2015; Carvalho, Abreu de Jesus, Senra, 2017).

As ações e serviços de saúde públicas são financiadas pelas três esferas de governo. Ao longo dos anos 2000, com a promulgação da Emenda Constitucional 29, há uma ampliação da participação dos entes subnacionais e redução da participação federal no financiamento, em especial com a ampliação da aplicação de recursos próprios de municípios (Piola et al, 2009, 2009b; Piola, Benevides e Vieira, 2019). Hoje menos da metade dos recursos aplicados em ações e serviços públicos são provenientes de recursos federais. Essa composição traz oportunidades, mas também desafios para a organização das ações e serviços de saúde já que a cooperação entre os entes federados é fundamental para garantir a atenção à saúde em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para o SUS pela CF/88.

Poucos municípios possuem os serviços necessários para garantir a integralidade da atenção. Enquanto a atenção primária a saúde deve ser ofertada em todos os municípios, a atenção de média e alta complexidade hospitalar deve considerar as questões de escala populacional e tecnológica na sua oferta. Dessa forma, a programação das ações e serviços de saúde no território nacional deve considerar diversos fatores, entre eles, a disponibilidade de serviços, as necessidades de saúde da população, a escala mínima necessária para garantir a atenção à saúde da população, os condicionantes e aspectos socioculturais do território, entre outros.

Vários estudos destacam os importantes avanços obtidos com a implantação do SUS, mas mostram que ainda persistem expressivas desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde e há muito o que se avançar para a efetiva construção de uma rede regionalizada. Destacam-se as diferenças históricas entre o centro-sul e norte-nordeste do País (Viana et al, 2012, Lima et al, 2012, Piola et al, 2009, Paim, 2011, Andrade et al, 2016, Andrade et al, 2017, Castro et al, 2019). A redução dessas desigualdades demanda investimentos públicos tanto para reorganização da oferta de serviços, bem como para o seu custeio.

O acesso geográfico deve ser considerado na programação das ações e serviços de saúde. Dois indicadores têm sido utilizados para esse monitoramento: a evasão de serviços (atendimento em localidades diferentes do domicílio) e a distância média percorrida para buscar atendimento. Dessa forma, esse documento pretende contribuir para o debate analisando as distâncias médias percorridas para atendimentos de alta complexidade (internação e ambulatoriais), também, visando estimar sua correlação com os recursos federais transferidos a estados e municípios. Essa análise será feita considerando o recorte da regionalização

do sistema de saúde. Ainda que as regiões de saúde sejam um processo em construção, elas são importantes para pensar o planejamento e permitir avançar na organização do SUS.

2.3.1 Metodologia - Distâncias médias percorridas e taxa de evasão macrorregional para atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade no SUS

Bases de Dados

Nesse trabalho serão utilizadas fontes relacionadas à produção de serviços de alta complexidade no SUS - o Sistema de Informação Hospitalar e o Sistema de Informação Ambulatorial por meio do seu documento de Autorização Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). São utilizadas, também, fontes relacionadas ao financiamento da média a alta complexidade no SUS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – e informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

No SIH estão registradas as internações realizadas pelo SUS. Nesse sistema é possível obter informações sobre o local de atendimento (município e estabelecimento) e local de residência do paciente (município), bem como informações sobre o tipo de atendimento prestado, sobre o procedimento e sua complexidade, a origem do financiamento declarada, o estabelecimento onde foi realizada a internação, a data da internação, a data de saída, sexo, idade, cor ou raça do paciente, entre outras. A qualidade das informações varia ao longo do tempo, mas são consideradas de boa qualidade as informações sobre o procedimento, local de atendimento, município do estabelecimento que prestou o atendimento e município de residência.

A Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) faz parte do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), sendo um dos documentos de registro individualizado. Cada APAC se refere a um indivíduo. Todavia, um mesmo indivíduo possa ter mais de uma APAC o longo do seu tratamento. Isso se deve ao fato de a APAC ter validade por três competências. Assim, em tratamentos com duração superior a esse período, uma nova APAC é emitida.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) traz informações cadastrais dos estabelecimentos de saúde, equipamento e recursos humanos em saúde, com informações disponíveis a partir de 2005. Traz informações sobre leitos para internação, tipo de estabelecimento, município do estabelecimento, entre outras.

Os dados utilizados nesse trabalho foram obtidos a partir do sistema público do Datasus, em seu ftp (<ftp.datasus.gov.br/dissemin/publico>). Esses dados têm a vantagem de sua disponibilização pública, mas, em respeito ao sigilo das pessoas, não permitem que se analise os diversos atendimentos que um indivíduo recebeu, por exemplo, entre internações e atendimentos registrados na APAC, ou ao longo do tempo para aqueles que tiveram mais atendimento para ele ou outros problemas de saúde. Assim, cabe lembrar que, apesar de serem relativas a indivíduos e não a um conjunto de procedimentos, tanto a APAC quanto a AIH se referem a atendimentos prestados (internações e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade) e não necessariamente a pessoas atendidas¹.

¹ Foram solicitadas, por meio dos termos de acordo de sigilo entre órgãos públicos, os dados da SIH e APAC com identificador único. A proposta era usar o pareamento já realizado pelo Datasus para fazer uma análise longitudinal dos indivíduos. Entretanto, esses dados chegaram somente em final de março e primeira quinzena de abril de 2020, já próximo

Além dessas fontes, foram utilizadas informações socioeconômicas provenientes de outras bases de dados e registros administrativos, tais como, o Produto Interno Bruto dos municípios e população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Indicadores e dados

Serão analisados os seguintes indicadores: (i) participação federal no financiamento de média e alta complexidade e da assistência farmacêutica; (ii) evasão macrorregional; (iii) distância média percorrida para fora do município e da macrorregião de saúde.

O cálculo da participação federal no financiamento da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar será feito a partir da base de dados e metodologia desenvolvidas por Benevides e Funcia (2021). Esses autores fizeram uso das informações do SIOPS e do FNS e aplicaram correções aos dados declarados do SIOPS para obter o gasto MAC com recursos próprios de estados e municípios. A transferência federal para estados e municípios para MAC foi obtido por eles a partir dos dados do FNS.

A distância média percorrida utiliza-se das informações sobre município de residência e município de atendimento do SIH e da APAC e da base de distâncias elaborada por Carvalho et al (2021) que estimaram as distâncias reais entre municípios brasileiros, conformando uma matriz de distâncias intermunicipais para o ano de 2020. Devido às dificuldades de obtenção da informação para todos os municípios, as distâncias intramunicipais foram consideradas como zero.

A taxa média de evasão foi calculada considerando a proporção de internações e atendimentos ambulatoriais de alta complexidade de residentes em uma macrorregião que aconteceram em um município de outra macrorregião.

Nos sistemas de informação a alta complexidade está associada ao procedimento, conforme definido na tabela de procedimentos do SUS, estrutura no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (Sigtap), mas, também, pela lógica do financiamento. Nesse trabalho iremos considerar dois recortes: o da complexidade do procedimento e todos aqueles que foram informados na APAC, mesmo que a complexidade do procedimento no Sigtap esteja classificada como de média complexidade.

Em 2019, o Brasil possuía 116 macrorregiões de saúde mais a macrorregião do Distrito Federal e, 117 em 2020, com a alteração da regionalização do Minas Gerais. Esse será o principal recorte analítico usando nesse trabalho, visto que a maior parte da atenção de alta complexidade no SUS deveria ser realizada na própria macrorregião de saúde. Em alguns casos mais complexos, há previsão de usar a rede de serviços fora da macrorregião de residência e os avanços na organização da rede regionalizada são bastante diferenciados no território nacional. Ainda assim, a análise por macrorregiões é algo que faz parte da discussão sobre a organização e gestão do SUS.

Esses indicadores médios podem conter significativas diferenças, visto que, como descrito na primeira parte desse relatório para o CMAP, a alta complexidade ambulatorial e hospitalar envolve procedimentos desde procedimentos diagnósticos, como a tomografia computadorizada, ao transplante de órgãos. Assim, para analisar essas heterogeneidades, além dos recortes das macrorregiões de saúde e das grandes regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), apresentaremos uma análise específica para os procedimentos de hemodiálise em adultos. Considerando que um paciente pode realizar até três sessões

da data final da entrega dessas análises inviabilizando sua incorporação imediata. Ainda assim, a proposta é fazer uso dessas informações para realizar as análises mais acuradas e adensadas do acesso geográfico.

semanais por um longo período da sua vida, a distância média percorrida para realização de diálise se torna um fator importante no bem-estar do paciente.

Para calcular os indicadores de evasão e distância foram feitos tratamentos nos microdados do SIH e da APAC. No caso do SIH, foram excluídas as AIHs tipo 5 (de longa permanência) bem como as AIH tipo 1 associadas a tratamentos de longa permanência (reabilitação, tratamentos psiquiátricos e cuidados prolongados, respectivamente subgrupos 030313, 030317 e 030319 da tabela Sigtap).

Análise de dados em painel

Em seguida, estimamos um modelo de painel, efeitos fixos, para as 117 macrorregiões de saúde no período entre 2015 e 2018, considerando como variável explicada a distância média percorrida para atendimentos ambulatoriais de alta complexidade fora da macrorregião de saúde e como variáveis explicativas, a proporção de recursos federais aplicados em cada macrorregião no período, a oferta de leitos hospitalares (clínicos e cirúrgicos) por dez mil habitantes, médicos por mil habitantes e enfermeiros por mil habitantes, população, o produto interno bruto per capita, a idade média das pessoas atendidas. A participação dos recursos federais foi considerada em percentual e as outras variáveis explicadas em logaritmo. A hipótese a ser testada é se há correlação entre as diferenças de aplicação de recursos federais nas macrorregiões de saúde e os resultados em termos de acesso geográfico.

Ainda que tenha havido, em 2017, uma mudança nos blocos de financiamento para transferência fundo a fundo (Jaccoud, Vieira, 2018), não foi possível estabelecer nenhuma estratégia de identificação a partir de mudanças do financiamento no período analisado. Assim, os resultados referem-se a uma análise de correlação com controles, mas não a uma avaliação de impacto.

O ano de 2019 foi excluído por não se ter ainda as estimativas do gasto MAC das três esferas de governo por macrorregião. Apesar de, fixando o desenho de 2020, sem o DF, terem sido consideradas 117 macrorregiões num período de quatro anos, além da ausência de uma identificação clara (uma política no período que tivesse efeitos sobre o acesso geográfico), como mostraremos na análise descritiva, há pouca variação na participação federal para financiamento da atenção de média e alta complexidade ao longo desses anos. Assim, as estimativas propostas são um primeiro exercício que não permitem tirar conclusões sobre os resultados do gasto federal em MAC sobre a distância média percorrida de forma mais agregada. Futuramente, essas análises devem evoluir para estimativas de aplicações em recursos próprios e investimentos para atenção a redes relacionadas a doenças ou agravos específicos.

2.3.2 Resultados – Quantidades e valores médios da produção SUS de Alta Complexidade informada nos sistemas de produção

A alta complexidade representa menos de um terço da produção ambulatorial e menos de 10% da produção hospitalar do SUS informadas no SIA e SIH respectivamente. Em 2019, foram realizadas 931 mil internações de alta complexidade de um total de 12,1 milhões de internações, sendo 11,2 milhões internações de média complexidade no SUS. Nesse mesmo ano foram realizados 3,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, sendo 1,06 bilhão de alta complexidade.

Contudo, o valor médio desses procedimentos faz com que eles representem uma parcela expressiva dos recursos federais aplicados na atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Em 2019, de um total de R\$ 15,8 bilhões de despesas com internações informados por meio do SIH, R\$ 5 bilhões foram alocados para procedimentos de alta complexidade, ou seja, um terço do valor informado para uma

produção que corresponde a menos de 10% das internações. O valor médio de uma internação informada no SIH era de R\$ 1,3 mil em 2019. Quando analisamos a complexidade do procedimento, observa-se que as internações relacionadas a procedimentos de alta complexidade tem um valor médio de R\$ 5,3 mil. Se essa análise considera os subgrupos, verifica-se que os transplantes apresentam o maior valor médio por internação (R\$ 40 mil). Além disso, nessa tabela nem sempre os maiores valores de internação correspondem à alta complexidade. Há internações de alta complexidade com valores médios de R\$ 687 e outras de média complexidade com valor médio próximo a R\$ 3 mil

Tabela 4: Valor médio das internações por subgrupo de procedimentos e complexidade, 2019

Subgrupo de procedimentos	Média Complexidade	Alta complexidade	Total
Total	964	5337	1298
0201 Coleta de material	392	1139	570
0209 Diagnóstico por endoscopia	1882	1776	1867
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	...	688	688
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	115	...	115
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1146	1667	1153
0304 Tratamento em oncologia	751	1820	1000
0305 Tratamento em nefrologia	1076	...	1076
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	512	...	512
0310 Parto e nascimento	574	...	574
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	326	...	326
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	662	...	662
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	2869	4088	3319
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	1151	5502	1500
0405 Cirurgia do aparelho da visão	922	1494	1278
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	975	7943	5865
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	921	6168	1006
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	893	4909	1113
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	559	1017	559
0410 Cirurgia de mama	556	818	556
0411 Cirurgia obstétrica	708	...	708
0412 Cirurgia torácica	2960	3103	2982
0413 Cirurgia reparadora	908	4831	1385
0414 Bucomaxilofacial	408	811	408
0415 Outras cirurgias	2010	8435	3320
0416 Cirurgia em oncologia	...	3358	3358
0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	...	5005	5005
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	...	2164	2164
0504 Processamento de tecidos para transplante	...	1059	1059
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células	799	40268	40098
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	...	2208	2208

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Na atenção ambulatorial, foi informada por meio da SIA, uma despesa de R\$ 21 bilhões, sendo R\$ 8,5 bilhões para a alta complexidade. Cabe observar que os procedimentos de atenção básica têm sua quantidade, mas

não seu valor informado no SIA. Assim, foram registrados 2,8 bilhões de procedimentos de média e alta complexidade. O valor de R\$ 13,5 bilhões de recursos federais alocados para a alta complexidade não representam todo o gasto com alta complexidade, visto que há valores que não estão informados nesses sistemas. Além de incentivos, há, também, na esfera federal, o gasto com pessoal e outros recursos alocadas para unidades próprias que realizam tratamentos de alta complexidade.

2.3.3 Resultados – Gasto público por macrorregiões

Conhecer a estrutura de financiamento de um sistema nacional de saúde a partir de uma metodologia consistente é um grande desafio para países com grande participação privada e com importante descentralização desse gasto, como é o caso brasileiro, com seus 5.570 municípios² e dimensões continentais. O sistema de contas de saúde brasileiro, que engloba as contas satélites de saúde, baseado na metodologia da Organização das Nações Unidas (ONU) e em diálogo com o Sistema de Contas Nacionais do IBGE; e as contas do *System of Health Accounts* (SHA), baseado na metodologia da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que tem buscado cobrir parte da lacuna de conhecimento sobre a participação macroeconômica do setor saúde, sua organização e a distribuição do seu financiamento entre prestadores, agentes de financiamento e funções de saúde.

O Brasil publica a conta satélite de saúde desde 2009 (IBGE, 2009, 2012, 2015, 2017, 2019) e, em 2018, publicou sua primeira contabilidade do SUS baseada na metodologia do SHA. Esse último trabalho foi conduzido recentemente pela Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde, adaptando para o Brasil a metodologia proposta pela OCDE (Brasil, 2018). Por meio dessa publicação sabemos que os entes da federação têm assumido responsabilidades diferenciadas pelo financiamento das funções de cuidado de saúde (*healthcare functions* - HF), quadro que se manteve relativamente estável no período 2010 a 2014, período analisado na publicação³. A maior parte das funções de saúde conta com recursos federais. A atenção básica tem maior participação de municípios no seu financiamento, seguido pelo governo federal e menor participação média de estados. A atenção especializada conta com importante participação dos estados, seguida pelo governo federal e municípios. O governo federal é o principal financiador da assistência farmacêutica pública (Brasil, 2018)⁴.

As metodologias do sistema de contas nacionais (Satélite e SHA) são comparáveis internacionalmente e trazem dados relevantes para discussão sobre a organização, gestão e financiamento do sistema brasileiro de saúde. Entretanto, até o momento, não foi possível obter contas por estados ou para os municípios, ainda que a metodologia permita fazê-lo.

Dentre as limitações, estão as possibilidades de abertura dessas informações de forma consistente nos sistemas de informação nacional. Ainda que se tenha observado importantes avanços tanto no sistema de produção quanto nos sistemas orçamentários e financeiros, a estimativa do gasto por funções e subfunções de saúde apresenta vários desafios, entre eles, obter informações de estados e, principalmente, de municípios que permitam saber quanto é a aplicação de recursos próprios de cada ente federado em atenção primária, atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, assistência farmacêutica,

² Esse número considera Brasília-DF e Fernando de Noronha-PE.

³ Os dados da Conta SHA 2015 a 2019 já foram produzidos e enviados para a OCDE. Devem ser publicados até o final do ano.

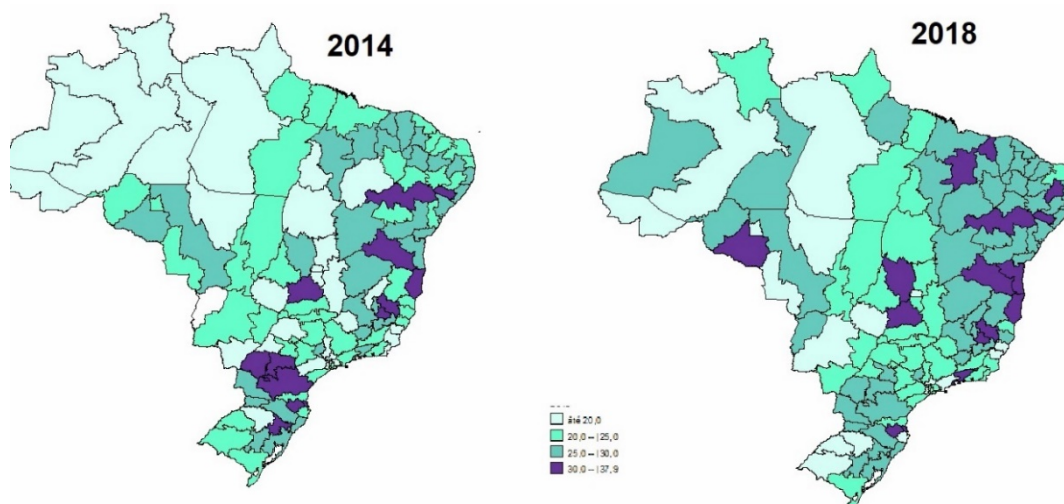
⁴ As famílias financiam a maior parte da despesa de consumo final com medicamentos (IBGE, 2018), as quais têm um peso expressivo sobre o gasto com saúde das famílias mais pobres (Silveira, Osorio e Piola, 2007; Garcia, 2013). No que tange ao gasto pelo governo com medicamentos (consumo final e intermediário), a maior parte do financiamento é proveniente de recursos federais (Brasil, 2018).

vigilância, gestão, entre outras subfunções. Parte desse desafio está no fato de a despesa por subfunções informada por estados e municípios no SIOPS incorporar as transferências que esses recebem do Ministério da Saúde, bem como as transferências que estados fazem para municípios e entre municípios. A partir de dados do orçamento federal obtemos o total transferido nas subfunções ou blocos de atenção e com isso podemos analisar a consistência da informação prestada por estados e municípios.

Há municípios com valor informado na subfunção menor que a transferência federal. Além disso, mesmo naqueles que apresentam um valor “consistente” com o informado como sendo a transferência feita por meio do Fundo Nacional de Saúde, não é possível saber, principalmente para períodos anteriores a 2018, qual o valor das transferências feitas pelos outros entes. Assim, faz-se necessário: corrigir as inconsistências entre o valor informado a partir do FNS e estimar as transferências entre os entes por subfunção ou bloco de atenção. Além disso, muitos entes declaram as despesas administrativas, particularmente o gasto com pessoal relacionado às subfunções finalísticas, na subfunção administrativa. Com isso, faz-se necessário analisar a participação das despesas administrativas no total das despesas informadas pelos entes e realizar as correções necessárias. Cada uma dessas etapas é feita utilizando o máximo de informações disponíveis (Servo et al, 2019; Servo, 2020; Benevides e Funcia 2021). Como dito anteriormente, Benevides e Funcia (2021) realizaram essas estimativas por macrorregiões de saúde para o período 2010 a 2018 e esses dados são apresentados nas análises a seguir, comparando os anos de 2014 e 2018.

Entre 2014 e 2018, houve pouca alteração na participação média das transferências federais no financiamento da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, considerando como recorte analítico as macrorregiões de saúde. Contudo, como pode ser observado na Figura 1, abaixo, há diferenças quando a análise passa a considerar a média em cada uma das macrorregiões de saúde. Houve um aumento da participação federal em algumas macrorregiões das regiões Norte e Nordeste e redução em macrorregiões do Centro-Oeste e Sul do país. O maior aumento relativo aconteceu na Macrorregião Oeste do Amazonas (15%) e a maior redução relativa aconteceu na Macrorregião Corumbau (Mato Grosso do Sul). As médias de ganhos e perdas por grandes regiões não ultrapassou 3% em ambas as direções. Cabe destacar duas questões: a participação federal no financiamento da média e alta complexidade em nenhum desses anos ultrapassou 40% em nenhuma macrorregião e em algumas macrorregiões foi inferior a 20%. Em 2014, havia algumas regiões da região Norte em que essa participação era inferior a 20%, bem como em algumas da região Sudeste e Centro-Oeste. O que se observa em 2018, como dito, é o aumento (médio de 3%) da participação federal no financiamento da média e alta complexidade hospitalar em algumas macrorregiões de saúde da Região Norte.

Figura 2: Participação federal no financiamento da média e alta complexidade (MAC incluindo assistência farmacêutica, por macrorregião de saúde – 2014/2018



Fonte: Benevides, Funcia e Ocké (2021).

Juntamente com as análises feitas no presente relatório de avaliação do CMAP, essas informações dão uma noção da complexidade de se avaliar a alocação de um gasto que financia procedimentos tão diversos e, conforme informado, limita as possibilidades de avaliações de resultados para o conjunto dessas ações. Assim, nesse documento, como dito optamos de uma parte do acesso geográfico, estimando as distâncias médias percorridas e a evasão para atendimentos de alta complexidade no SUS.

2.3.4 Resultados – Distâncias Médias Percorridas

As distâncias médias percorridas para internação de alta complexidade no SUS são bem superiores àquelas para outras internações, sendo um resultado esperado, visto que a escala necessária para a produção desses procedimentos implica em concentrá-los em locais com maior densidade populacional. Em 2019, a distância média percorrida para todas as internações foi de 29,7 km, sendo estatisticamente diferente daquela estimada para 2015, com um pequeno aumento da distância percorrida. Deve-se lembrar que as distâncias intramunicipais apresentam valor zero, por não ser possível estimá-las.

Quando a análise considera as internações fora do município e da macrorregião, a distância média percorrida aumenta para 202 km, associada a uma taxa de evasão de 5,8%. A taxa de evasão para as internações de alta complexidade foi de 16,7% em 2019, pouco inferior à de 2015 (18%). Para essas internações a distância média percorrida foi de 239,9 Km, pouco superior à média de 2015.

Tabela 5: Distâncias médias percorridas para todas as internações e internações de alta complexidade

Recorte	2015				2019			
	Total							
	Quantidade	Média	[IC 95%]		Quantidade	Média	[IC 95%]	
Total	8.836.108	26,1	26,0	26,1	9734321	29,7	29,6	29,7
Fora do município e na macro	2.246.100	58,0	57,9	58,1	2679057	60,8	60,7	60,8
Fora da macro	512.267	193,8	193,3	194,3	624194	202,0	201,6	202,5
Alta Complexidade								
	Quantidade	Média	[IC 95%]		Quantidade	Média	[IC 95%]	
Total	708.640	67,9	67,6	68,2	865490	68,7	68,4	68,9
Fora do município e na macro	263.399	71,6	71,3	71,8	340409	72,6	72,3	72,8
Fora da macro	127.597	229,3	228,8	230,4	144839	239,9	238,9	240,9

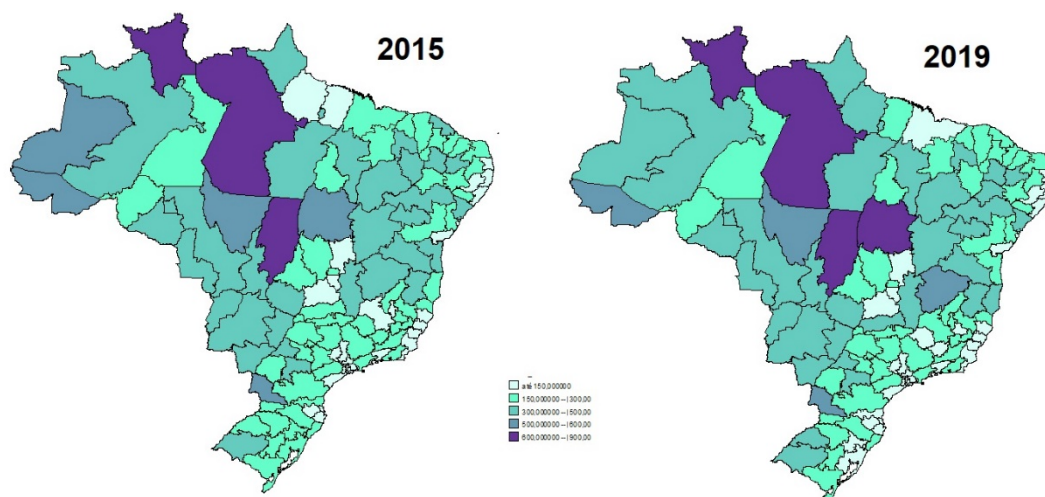
Fonte: Ministério da Saúde. SIH. Carvalho et al (2020)

Quando a análise considera os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, observa-se, também, uma significativa diferença entre ser atendido dentro e fora com relação ao atendimento das macrorregiões de referência (residência). Tanto nas internações quanto na alta complexidade ambulatorial, a evasão está relacionada com distâncias médias percorridas próximas ou superiores a 200 km. Contudo, essas desigualdades podem estar associadas à heterogeneidade de procedimentos relacionados a esse nível de atenção. Assim, selecionamos um procedimento – a hemodiálise – para uma análise específica.

Tabela 6: Distâncias médias percorridas para atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, fora do município e mesma macro e fora da macro, todas as internações e internações de alta complexidade, 2012/2019

Recorte	2015			2019		
	Média	[IC 95%]		Média	[IC 95%]	
Total	39,2	39,1	39,2	38,3	38,3	38,4
Fora do município e na macro	63,6	63,5	63,6	64,4	64,4	64,4
Fora da macro	193,7	193,5	194,0	192,9	192,7	193,2

Figura 3: Distância média percorrida para atenção ambulatorial de alta complexidade nas macrorregiões de saúde, 2015-2019



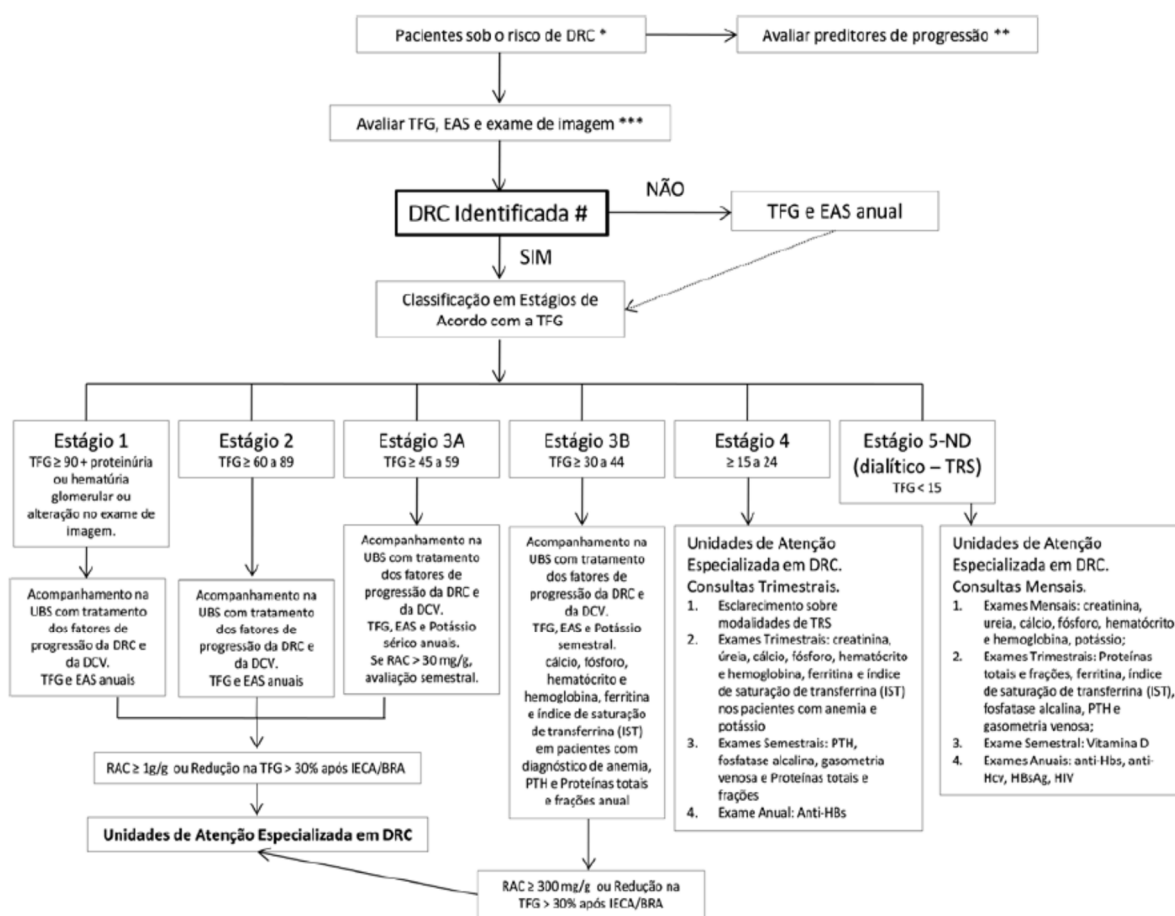
Fonte: Ministério da Saúde. APAC. Carvalho et al (2020)

2.3.5 Resultados – Um olhar sobre a organização da APAC e do acesso: o exemplo da hemodiálise

A doença renal crônica (DRC) está relacionada à alteração da função renal e sua gravidade é definida conforme estágios de progressão dessa doença a partir de um conjunto de parâmetros, incluindo Taxa de Filtração Glomerular (TFG), uma medida da função excretora renal. Esse parâmetro varia com a idade, mas, em geral, pode ser considerado normal se estiver acima de 90 ml/min. O estágio 4, pré-dialítico, que já é considerado crítico, é aquele em que essa taxa se encontra abaixo de 29 ml/min, mas superior a 15 ml/min. Quando a taxa fica abaixo de 15 ml/min, o funcionamento básico do rim já está muito comprometido e é quando pode haver indicação de terapia renal substitutiva (TRS), para substituir as funções que o rim exerceria. As alterações da função renal são consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares, aumentando também o risco à vida por várias causas associadas e as probabilidades de internação (Brasil, 2014). A DRC é um problema de saúde pública. No estágio 5, como a função renal está muito comprometida, os pacientes são classificados como DRC terminal (DRCT) e necessitam de alguma TRS, cujas modalidades disponíveis são a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Segundo Neves et al (2020), havia 133,5 mil pacientes em diálise no Brasil em 2018, com uma taxa de prevalência de 640 por milhão de população (pmp) e uma incidência de 204 pmp e uma taxa anual de mortalidade bruta de 19,5%. As modalidades de diálise eram: 92,3% em hemodiálise, 7,7% em diálise peritoneal, e havia 29,5 mil pessoas em fila de espera para transplantes.

Como descrito nas *Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde* (Brasil, 2014), há vários caminhos para a prevenção e o tratamento dessa doença (ver Figura 4).

Figura 4: Fluxograma para avaliação da DRC



Fonte: Extraído de Brasil (2014)

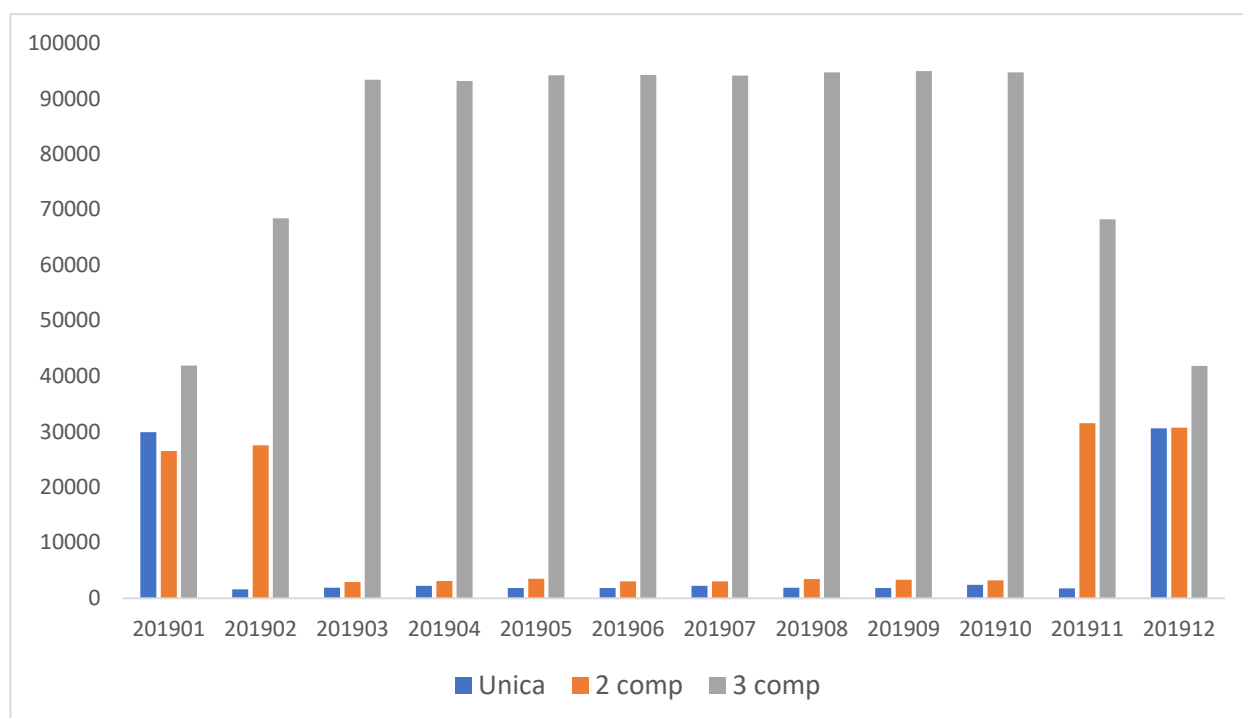
Não temos a pretensão de realizar uma análise da atenção à DRC. O objetivo aqui é muito mais simples: utilizar as informações provenientes das APAC relacionadas a procedimentos de nefrologia (grupo 0305), mais especificamente a um procedimento – hemodiálise até três vezes por semana (030501010-7). Esse é um procedimento de alta complexidade. Uma pessoa em TRS em tratamento dialítico poderá se deslocar ao local de tratamento até três vezes por semana, com duração média do procedimento de três a quatro horas⁵. A seleção do procedimento mencionado para essa análise foi feita a partir de alguns requisitos: (i) ser de alta complexidade; (ii) ter informações disponíveis na APAC que permitissem análises de acesso geográfico; (iii) poder estar delimitado em um ou em poucos procedimentos, o que minimiza os efeitos de heterogeneidade relacionado à análise consolidada a partir das distâncias médias percorridas de milhares de procedimentos de alta complexidade distintos, ofertados no SUS. Além disso, por suas características, é um procedimento cuja proximidade geográfica é muito importante. Deve-se ter claro que esse procedimento não encerra todos aqueles relacionados à atenção às pessoas com DRC. Contudo, ele representa um procedimento que, em si, permite uma análise de um serviço prestado aos pacientes em estágio 5.

Esse procedimento permite, também, um olhar sobre os dados públicos da APAC, com suas potencialidades e limitações. Como mencionado anteriormente, uma APAC pode ser renovada por até duas competências,

⁵ Outra modalidade é a diálise peritoneal que dura, em média, nove horas, e deve ser feita sete dias por semana. Ela é feita diretamente pelo abdômen e não é recomendada em alguns casos, além de exigir algumas condições para seu manejo na residência do paciente.

além da inicial. Assim, após três competências é emitida uma nova autorização, o que é a regra no caso dos pacientes em TRS. Como pode ser observado no quadro abaixo, os casos de APAC únicas (não duplicadas em um ano) concentram-se no começo ou no final do ano. O principal motivo de saída/permanência que na base está descrita como “permanência por características da própria doença”. Quando se concentram no começo do ano são aquelas emitidas no ano anterior e que não completaram três competências, o mesmo acontece com as emitidas no final do ano. Assim, o quadro mostra que as APAC cujo número não se encontra duplicado estão concentradas em janeiro e dezembro de cada ano. As APAC com até duas competências concentram-se nos meses iniciais ou finais de cada ano. Ao passo que aquelas com três competências aparecem no começo do ano, mas tem maior concentração entre março e outubro.

Figura 5: Distribuição ao longo do ano das APAC com uma a 3 competências, 2019



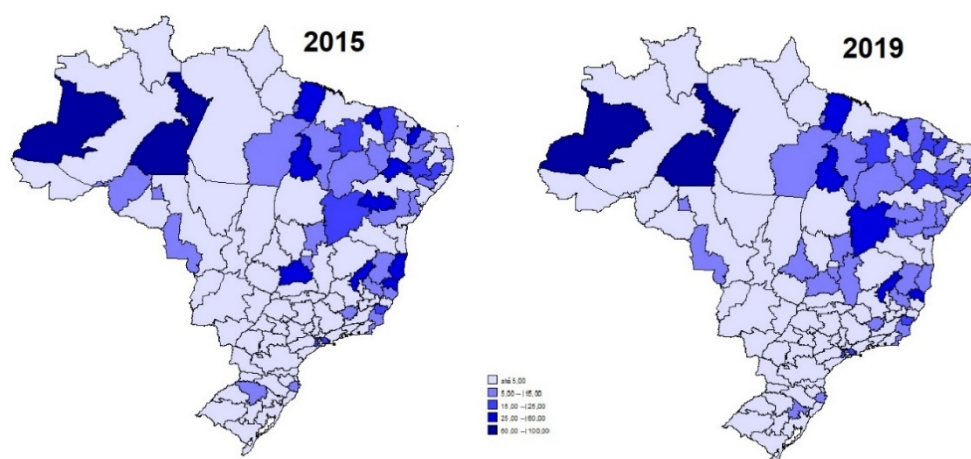
Fonte: Ministério da Saúde. APAC.

Análises de tratamentos dessa natureza, idealmente, demandariam acompanhamento longitudinal do paciente, o que não é possível somente pelo número da APAC. Ainda assim, com a base pública, é possível analisar algumas características do acesso a hemodiálise no SUS. A partir da utilização dos serviços, tem-se o tipo de prestador que mais comumente oferta esse procedimento. Como mostrado na figura 2, são unidades de atenção especializada em DRC que devem cumprir requisitos para sua habilitação. Esses procedimentos são realizados com maior frequência em clínicas especializadas (62%) e hospitais (30%). Há, também, uma participação de unidades classificadas como serviços de apoio a terapia e diagnóstico. Em sua maioria, são compostas por empresas com fins de lucro, com grandes diferenças entre as regiões de saúde. Em algumas macrorregiões de saúde predomina a oferta por meio de filantrópicas e, em poucas, a oferta em unidades públicas. Cabe destacar a importante participação de unidades públicas na oferta de serviços na região Norte. Enquanto na região Nordeste, assim como na Sudeste, essa participação na produção não ultrapassa 15%, na região Norte, ela alcança 31%, sendo bem superior à das instituições sem fins de lucro.

Em relação ao acesso geográfico, a taxa de evasão estimada ficou próxima a 4%, não tendo havido mudanças nessa média nacional entre 2015 e 2019. Como pode ser visto na figura 3, a maior parte das macrorregiões

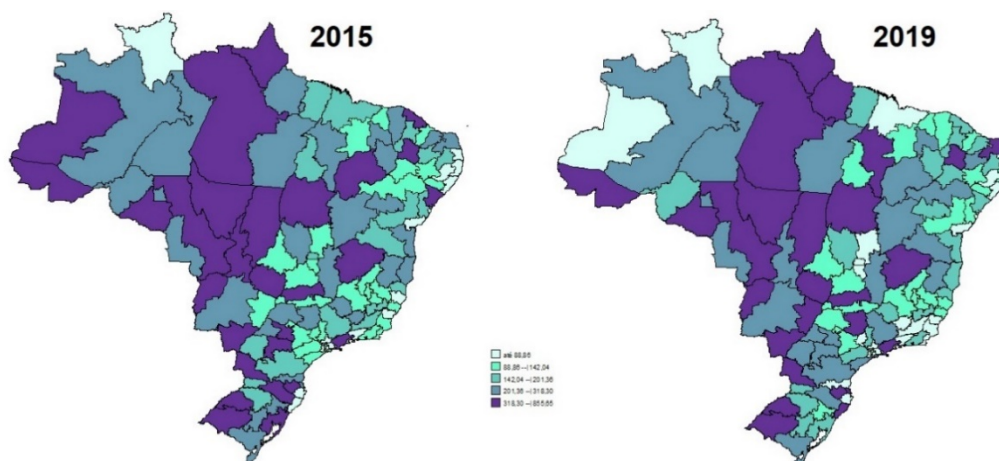
tem taxas de evasão inferiores a 5%, porém com algumas delas alcançando valores superiores a 20%. As duas macrorregiões do Amazonas com elevadas taxas de evasão são aquelas fora da macrorregião da capital. Em média, as macrorregiões onde estão localizadas as capitais dos estados têm taxas de evasão inferiores a 2%, ao passo que aquelas que não são as das capitais têm taxas médias superiores a 6,5%. Além disso, apesar de a evasão para fora da macrorregião ser menor que 10%, cabe destacar que a proporção de atendimentos fora do domicílio de residência era de 37% nos dois anos. Além disso, como os pacientes se deslocam para fora da sua macrorregião, as distâncias médias percorridas são superiores a 100 km. Com relação às distâncias médias percorridas por aqueles que buscam atendimento fora do seu município de residência, foram, também, não desprezíveis, com média estimada em 57 km e uma moda de 47 km. Isso implica que metade dos pacientes em tratamento por hemodiálise percorrem quase 100 km (ida e volta). Num olhar sobre as grandes regiões, surgem questões sobre os efeitos da desigualdade de oferta de serviços, visto que, enquanto nas regiões Sudeste e Sul que 50% percorrem mais de 50 km e, na região Norte, mais de 120 km. Não é possível analisar, a partir desses dados, quais são os pacientes que têm residência em um local, mas permanecem em outro pelo período do tratamento.

Figura 6: Taxas de evasão da hemodiálise, por macrorregiões de saúde – 2015/2019



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 7: Distâncias médias percorridas por pacientes para realizar hemodiálise fora da macrorregião de saúde, 2015/2019



Fonte: Ministério da Saúde. APAC. Carvalho et al (2020).

2.3.6 Resultados – Participação do gasto federal e distância média percorrida para fora da região de saúde

Os resultados do modelo estimado mostram que mudanças na distância média percorrida para atendimentos ambulatoriais de alta complexidade não apresentam correlação com a participação federal no financiamento da média e alta complexidade nas macrorregiões de saúde (coeficiente não significativo). Isso deve estar relacionado ao fato de a maior parte dos recursos aplicados referem-se a despesas correntes e não a investimentos, sendo esses últimos capazes de alterar a distribuição regional da oferta de serviços. Ainda assim, como destacado anteriormente, ele é um resultado agregado por tratar de todos os recursos aplicados e não de uma rede ou tratamento específicos.

Quadro 5: Resultados da estimação em painel por efeitos fixo

Distância	Coeficiente	Erro Padrão Robusto	t	P>t	[95% Intervalo de Confiança]	
Participação Federal	0,00	0,01	-0,28	0,78	-0,02	0,01
Idade	-2,93	0,45	-6,46	0,00	-3,83	-2,03
População	-0,03	0,05	-0,50	0,62	-0,12	0,07
PIBpc	0,17	0,02	9,12	0,00	0,13	0,20
Enfermeiros	-0,89	0,40	-2,25	0,03	-1,67	-0,11
Médicos	0,56	0,42	1,34	0,18	-0,27	1,39
LeitosSUS	-0,44	0,26	-1,72	0,09	-0,94	0,07
Ano2	0,57	0,09	6,13	0,00	0,39	0,75
Ano4	0,58	0,11	5,39	0,00	0,37	0,79
Ano4	-0,13	0,08	-1,68	0,10	-0,28	0,02
Const	16,63	2,10	7,93	0,00	12,48	20,78

Fonte: Elaboração Própria

Ainda há que se avançar na compreensão da heterogeneidade desse financiamento, considerando, por exemplo, as mudanças na estrutura da oferta de serviços na região Norte do país. Contudo, para isso ser realizado é necessário avançar, também, na estimativa dos recursos aplicados em redes ou doenças específicas.

2.3.7 Resultados – Discussão e Considerações Finais

Os indicadores de acesso geográfico, ainda que sejam insuficientes para o monitoramento e análise do acesso à atenção de média e alta complexidade, podem ser utilizados como traçadores ou retrato das desigualdades. Ainda persistem significativas desigualdades no acesso à atenção à saúde no Brasil, com distâncias médias percorridas variando de menos de 150 km a mais de 500 km. Isso não é novidade, pois tem sido apontado por vários estudos sobre desigualdades regionais de acesso nas regiões de saúde ou desigualdades gerais de acesso no sistema de saúde brasileiro (Lima, 2012, Andrade, 2006, Andrade, 2009, Castro, 2019). Assim como os indicadores analisados nesse trabalho, o debate nacional mostra que ainda há muito por se avançar na construção de uma efetiva rede regionalizada de ações e serviços que considerem os preceitos constitucionais (Albuquerque, 2013, Servo et al, 2020, Vianna et al, 2010, Vianna et al, 2015), bem como na construção de sistema de monitoramento do desempenho do sistema de saúde (Viacava, 2012, Albuquerque, 2013). Ainda assim, há um reconhecimento da importância da agenda da regionalização e das redes para fazer avançar o acesso equitativo e a eficiência da atenção à saúde no país (Servo et al, 2020, Moreira, Ribeiro e Ouverney, 2017, Lima et al, 2012).

A articulação federativa, com coordenação nacional, é fundamental para a continuidade de enfrentamento dos desafios de se organizar uma programação geral de ações e serviços de saúde. Essa também enfrenta a reconhecida necessidade de se ampliar o financiamento para realizar os investimentos necessários no SUS. As transferências de recursos federais para estados e municípios têm um papel indutor importante nesse processo, incluindo seu papel para redução das desigualdades regionais (Piola, 2017).

Seria importante ampliar a discussão sobre a construção da rede regionalizada com a participação de outros setores do governo, incluindo aqueles que elaboram a política macroeconômica do país. A discussão do federalismo está diretamente relacionada à discussão sobre as possibilidades de se avançar nos investimentos necessários à efetivação da rede regionalizada, portanto, a questão do financiamento da saúde (Rocha et al, 2020, Vieira e Piola 2019, Vieira, Piola e Benevides, 2019).

Adicionalmente, são necessários aportes para melhorar os sistemas de informações orçamentário-financeiros. Nesse caso, há um destaque especial para os problemas de preenchimento do gasto por subfunções. Avanços em orientações e capacitações para os entes subnacionais e críticas das informações prestadas por esse podem melhorar a qualidade da informação prestada sobre gasto funcional em saúde. Esse é um trabalho que deve ser feito de forma coordenada entre o Ministério da Economia e o Ministério da Saúde.

No estágio em que se encontra, esse estudo não permite recomendações diretas para além dessas mais gerais e que somente foram tangenciadas na análise feita até o momento. Dado o peso orçamentário e a importância da atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, deve-se avançar na realização de novas avaliações de desempenho, incluindo resultados e impacto da ação federal relacionadas a esse nível de atenção.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de atenção à saúde são usualmente classificados em três níveis de complexidade. São eles: Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada de Atenção Básica; Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade, sendo que esses dois níveis são recorrentemente tratados de forma conjunta, recebendo a denominação de Média e Alta Complexidade (MAC) ou Atenção Especializada. Ainda que o conceito de complexidade não reflita corretamente os níveis de atenção, eles continuam sendo uma referência na organização dos sistemas de saúde e na programação orçamentária. Nesse relatório, o foco foi no recorte da Média e Alta Complexidade.

O conceito de Média e Alta Complexidade está associado a uma grande quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares atrelados a diversos agravos e a diversas especialidades médicas, incluindo cirurgias, internações, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia, citopatologia, exames de imagem, exames laboratoriais, fisioterapia, órteses e próteses, nefrologia, oncologia, cardiologia, neurologia, terapias intensivas etc. São cerca de 4 mil tipos de procedimentos MAC disponíveis pelo SUS e realizados por milhares de estabelecimentos públicos e privados em todo o país.

Para viabilizar o atendimento às necessidades de saúde da população em relação à atenção especializada, o SUS preconiza a organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas, de modo que os usuários do sistema possam ser referenciados a estabelecimentos de acordo com sua demanda, mesmo que fora do seu município de residência, visando garantir a integralidade do cuidado. A efetiva implantação desse modelo de organização da atenção à saúde ainda é um dos principais desafios do SUS, exigindo atuação coordenada de todas as esferas de gestão do Sistema em relação a aspectos como regulação e financiamento.

O Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do SUS, exerce a importante função de contribuir com o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, tendo como um dos objetivos reduzir as disparidades regionais, o que é operacionalizado principalmente por meio de transferências regulares e automáticas a Estados e Municípios na modalidade fundo a fundo. No caso das ações de Média e Alta Complexidade, o montante transferido pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo supera o patamar de R\$ 45 bilhões por ano, fazendo com que a Ação Orçamentária 8585 (Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade) seja a segunda maior ação finalística do Governo Federal, ficando atrás apenas das Ações relacionadas aos benefícios previdenciários.

Em que pese a alta materialidade da Ação Orçamentária, a participação federal no financiamento da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no SUS responde, em média, por menos de 40% do total, com relevante participação de aportes de recursos próprios de estados e municípios. Ainda assim, observa-se que a parcela federal do financiamento, em termos per capita, tem apresentado convergência, com redução dos diferenciais entre o Norte e o Nordeste em relação ao Sul e Sudeste do país.

Nesse contexto, essa avaliação tem como foco principal a atuação do Ministério da Saúde em relação ao financiamento das ações de Média e Alta Complexidade do SUS, incluindo as ferramentas necessárias para a operacionalização das transferências de recursos e os mecanismos utilizados para organizar os serviços em redes e de forma regionalizada. Para tanto, foram definidas as seguintes questões que direcionam essa avaliação:

- a. Como está estruturado o atual modelo de financiamento da MAC?
- b. O processo de decisão no que diz respeito à distribuição dos recursos da MAC entre os entes está adequado às normas?

- c. Qual é o efeito da distribuição de financiamento da MAC sobre o acesso a internações e procedimentos de alta complexidade (geográfico ou outros)?

As informações constantes na parte inicial do relatório (“Contexto da Avaliação”) indicam que o modelo de financiamento do SUS, sobretudo das ações de MAC, consiste em um grande conjunto de instrumentos e de regras que foram implementados ao longo do tempo, resultando em um cenário atual de difícil compreensão para grande parte da população, o que dificulta a rastreabilidade e o controle dos recursos financeiros aportados nessa finalidade. São diversos aspectos que motivam as decisões sobre o montante de recursos federais a ser destinado mensalmente para cada localidade, tais como a habilitação de serviços, a quantidade e o tipo de procedimentos realizados, a expectativa de oferta de atendimentos à população, dentre outros. Todos esses aspectos são aglutinados em uma lógica de financiamento incremental, materializado nos chamados Limites Financeiros da MAC, onde os fatos geradores acarretam aumentos ou reduções dos Limites de cada ente que, em regra, perduram por tempo indeterminado.

Essa dinâmica, além de incorrer no risco de desequilíbrios no rateio dos recursos federais aos demais entes, está diretamente relacionada à estrutura de oferta de serviços de saúde. Naturalmente, localidades que possuem muitos serviços de saúde em funcionamento tendem a receber mais recursos federais para custeá-los. Como consequência, os aportes federais são menores em regiões com rede de saúde menos desenvolvida. Isso se mostra incongruente em relação à Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece que o rateio dos recursos federais para o SUS deve ser realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população (demanda) e não necessariamente pelo critério da quantidade e tipo de procedimentos realizados (oferta).

Em contraponto a esse modelo de aporte de recursos vinculado à oferta, percebe-se que existem diversas localidades do país que não possuem serviços de média e alta complexidade pelo SUS ou que a oferta é muito aquém da demanda daquela população coberta. Isso revela a necessidade de o Governo Federal avançar na organização de mecanismos para induzir a redução das desigualdades regionais por meio da alocação de recursos financeiros, tanto para investimentos como para custeio.

Nesse sentido, foram realizadas análises descritivas sobre as rubricas que compõem os montantes repassados pelo Ministério da Saúde para custeio da MAC com o objetivo de responder à primeira questão de avaliação (Como está estruturado o atual modelo de financiamento da MAC?). Dentre os achados dessa questão, destaca-se o fato de que existe uma parcela significativa de recursos transferidos no âmbito da MAC que não integram os limites financeiros dos entes. Esses valores “extra-limite” correspondem principalmente ao financiamento dos procedimentos financiados via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e aos incrementos temporários, que é a forma de execução das emendas parlamentares no Orçamento da União para custeio da MAC. Em decorrência desses incrementos temporários, o montante dos valores “extra-limite” tem crescido nos últimos anos, chegando ao patamar de 20% do total transferido pelo Ministério da Saúde na MAC.

Já em relação aos Limites Financeiros da MAC, a análise revela um crescimento importante da parcela vinculada aos incentivos e às redes de atenção à saúde que, ao contrário do componente tradicional dos Limites Financeiros, não possuem relação direta com o volume de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados. Como efeito dessa expansão dos incentivos, se verifica uma diminuição da tendência de vinculação entre os valores transferidos e os procedimentos realizados, o que se alinha ao preconizado pela Lei Complementar nº 141/2012 de vincular o rateio às necessidades da população.

Ainda sobre esse ponto, importante destacar que os valores transferidos pelo Ministério da Saúde no âmbito da MAC são superiores aos valores das produções ambulatoriais e hospitalares quantificadas a partir dos valores da Tabela SUS. Na média nacional, para cada R\$ 1,00 em produção aprovada nos sistemas oficiais do

SUS, o Ministério da Saúde transfere R\$ 1,66 para o respectivo Estado ou Município. Isso mostra que discussões acerca de eventuais defasagens nos valores da Tabela SUS devem levar em consideração que o valor efetivamente transferido pelo Governo Federal, que representa apenas uma parte do financiamento tripartite, é significativamente superior aos valores referenciados na Tabela.

Tendo como base o mapeamento do modelo de financiamento da MAC, as análises em relação à segunda questão (O processo de decisão no que diz respeito à distribuição dos recursos da MAC entre os entes está adequado às normas?) buscaram identificar como os atores influenciam as decisões de alocação dos recursos federais, com destaque para o nível de ingerência do Ministério da Saúde nesse processo. Considerando que parte significativa dos componentes de financiamento se submetem ao poder decisório de outros atores (tais como parlamentares, gestores estaduais/municipais de saúde e prestadores de serviços), estima-se que uma parcela de 61,5% do total da MAC está sob a governança direta do Ministério da Saúde.

Ademais, o caráter histórico do financiamento da MAC faz com que a ingerência do Ministério da Saúde acerca da alocação desses recursos seja reduzida. Pela série histórica considerada, verifica-se que, a cada ano, o montante dos limites financeiros da MAC (sob a governança do Ministério da Saúde) cresce 2,3% em média.

Além disso, a análise acerca do processo de decisão sobre a alocação dos recursos federais de MAC indica que os fluxos não estão alinhados ao § 1º do art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012, que trata sobre o envolvimento da Comissão Intergestores tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na definição e na aprovação da metodologia de rateio desses recursos.

Em relação à terceira questão de avaliação (Qual é o efeito da distribuição de financiamento da MAC sobre o acesso a internações e procedimentos de alta complexidade?), verificou-se que existem significativas desigualdades em relação ao acesso à atenção à saúde no Brasil, com distâncias médias percorridas variando de menos de 150 km a mais de 500 km. Isso revela a necessidade de se avançar na construção de uma efetiva rede regionalizada de ações e serviços, bem como em um efetivo sistema de monitoramento do desempenho do sistema de saúde.

Em decorrência dessas conclusões, identificam-se necessidades de aprimoramentos nos instrumentos relacionados ao financiamento federal da Média e Alta Complexidade (MAC) e à organização da atenção à saúde no SUS. Nesse sentido, propõe-se recomendações que visam melhorias em aspectos que vão desde o processo orçamentário do Governo Federal até os sistemas de prestação de contas orçamentárias e financeiras. Ressaltada a importância de se avançar nas estratégias de redução das desigualdades regionais, na definição de parâmetros para monitoramento do desempenho da atenção especializada e na modernização da lógica de financiamento federal da Média e Alta Complexidade. Tais recomendações estão postas a seguir, com a ressalva de que algumas conclusões estão presentes em pontos diferentes do relatório e não necessariamente nos capítulos que contém as respostas às questões de avaliação.

Referências bibliográficas

- SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde. Os desafios da gestão interfederativa. Editora Saberes. Campinas, 2013
- LAVRAS, Carmen C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. Livro Política e Gestão Pública em Saúde. Editora Hucitec. São Paulo, 2015
- BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Garantindo saúde dos municípios. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2009
- Brasil, Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, volume 3: Regionalização solidária e cooperativa. Orientações para sua implementação no SUS. (2006)
- Brasil, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> (1996)
- Brasil, Norma Operacional da Assistência à Saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html (2001)
- Brasil, Comissão Intergestores Tripartite, Resolução nº 37/2018. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html (2018)
- Brasil, Comissão Intergestores Tripartite, Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS (2010)
- AFONSO JR. Federalismo fiscal a brasileira: uma versão atualizada. Caderno Virtual, n.1, v.34, 2016. IDP Escola de Direito de Brasília. Centro de Pesquisa.
- ALBUQUERQUE C; MARTINS M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. Saúde em Debate, v. 41, n. spe, p. 118–137, 2017.
- ALBUQUERQUE, MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. p. 204, 2013.
- AMARAL P, LUZ L. Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. In: Anais do XIX Encontro de Estudos Populacionais, 2014.
- AMARAL PV et al. Spatially balanced provision of health equipment: a cross-sectional study oriented to the identification of challenges to access promotion International Journal for Equity in Health, 2017, v.16, n. 209
- ANDRADE MV et al. Distribuição espacial dos mamógrafos em Minas Gerais e o efeito na probabilidade da realização do exame. In: Anais do XX Encontro de Estudos Populacionais, 2016, Foz do Iguaçu.
- ANDRADE, Mônica Viegas et al. Desafios Do Sistema De Saúde Brasileiro. Desafios Da Nação: Artigos De Apoio, p. 257–414, 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8468/3/DesafiosSist.pdf>>.
- ANDRADE, Mônica Viegas et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: Um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Economia Aplicada, v. 17, n. 4, p. 623–645, 2013.
- ANDRADE, Mônica Viegas et al. Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil : um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008 . Cedeplar, Texto para Discussão, n. 445, p. 1–22, 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6265011.pdf>>.

- ARRETCHE M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet*, 2003; 8(2): p.331-345.
- BENEVIDES RB; FUNCIA F; OCKÉ-REIS C. Gasto com ações e serviços públicos por macrorregião de saúde. In: OCKÉ-REIS, C. O. (organizador) *Avaliação da eficiência do gasto público no SUS*. Brasília: IPEA/CONASS/OPAS. 2021, no prelo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Saúde. *MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS*. [S.l: s.n.], 2010.
- BRASIL.; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2-Atualização*. [S.l: s.n.], 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema. [S.l: s.n.], 2017.
- CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019.
- IBGE. *Conta-Satélite de Saúde - Brasil. 2010-2017. Technical Report*. . [S.l: s.n.], 2019.
- LIMA, LD et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700030&lng=pt&tlng=pt>.
- LIMA, LD et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=63024420005>>.
- MARINHO, A. The process of public resources allocation for investment in hospital capacities. IPEA. *Texto para Discussão*, n. 94, 2003.
- Neves PDM de Menezes et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *Brazilian Journal of Nephrology* [online]. 2020, v. 42, n. 2 pp. 191-200. Available from: <<https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>>. Epub 20 May 2020. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>.
- SERVO LMS. O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 2020.
- SERVO LMS, ANDRADE MV, AMARAL PVM, PEREIRA J. O gasto público de média nas regiões de saúde: uma proposta metodológica e análise dos resultados. IN: SOUSA MHL, SILVA MGC. *Temas de Economia da Saúde V: contribuição para a gestão do SUS*. Fortaleza: UECE, 2019. 1ª Ed.
- MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENEY, Assis Mafor. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1097–1108, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt&tlng=pt>.
- PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 2011.
- PIOLA, S(Org) et al. Estado de uma Nação: textos de apoio saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (sus). , *Texto para Discussão*, no 1391. Brasília: [s.n.], 2009. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4709>.
- PIOLA, S. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: IPEA. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, 17, 2009b

PIOLA, Sergio Francisco et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. *Análise Econômica*, v. n especial, p. 9–33, 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco. Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012. Ipea. Texto para Discussão n. 2298, 2017.

PROADESS. Monitoramento da Assistência Hospitalar no Brasil (2009-2017). Boletim Informativo do PROADESS, no 4, fev./2019.

RROCHA, Thiago Augusto Hernandes et al. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: Evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 229–240, 2018.

VIACAVA, Francisco et al. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento - RELATÓRIO. v. 17, n. 11, p. 1–288, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. Tipologia das regiões de saúde: Condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413–422, 2015.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila ; LIMA, Luciana Dias de ; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional TT - Structural conditions for regionalization in health care: typology of Regional Management Boards. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010.