



Prezado (a) conselheiro (a),

Estamos encaminhando um clipping de notícias do CNS na mídia, além daquelas com assuntos que o Conselho vem debatendo. A intenção é socializar com os Conselheiros Nacionais a repercussão nos principais jornais.

*Brasília, 23 de agosto de 2010
O Estado de S. Paulo/BR
Ministério da Saúde | Institucional*

Governo quer usar Cartão SUS para garantir repasse de planos privados

O governo federal quer usar o relançamento do Cartão SUS - um programa criado em 1999, mas que nunca deslançou - como estratégia para garantir que operadoras de saúde paguem o que devem aos serviços públicos.

A ação prevê que as empresas, ao renovarem a carteira de seus associados, inscrevam no documento também o número do cartão do governo. Para quem não tiver o Cartão Nacional de Saúde, a inscrição será automática. "Estamos estudando os últimos detalhes com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, mas a ideia é que tudo esteja pronto até o fim do ano", afirmou a secretária-executiva do Ministério da Saúde, Márcia Bassit.

As operadoras têm de ressarcir o governo todas as vezes em que seus clientes forem atendidos no sistema público de saúde. Entre 2001 e 2009, o governo conseguiu receber R\$ 495 mil. A estimativa é a de que deixaram de ser arrecadados R\$ 10 bilhões entre 2001 e 2008. Em 2009, a ANS criou um sistema específico para fazer a cobrança, mas ele foi suspenso logo em seguida, por problemas técnicos.

Como número do Cartão SUS na carteira de plano, o Ministério da Saúde acredita que ficará mais fácil evitar erros nos registros, algo que dificulta a cobrança dos procedimentos feitos em clientes de planos de saúde nos serviços públicos.

Além disso, seria uma forma de incentivar o registro de uma parcela da população que provavelmente não possui o Cartão SUS, os usuários de planos. A estimativa é de que 35 milhões de pessoas tenham plano de saúde.

"Eles usam o sistema público em situações de emergência, cirurgias caras", afirma o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Júnior. A proposta foi apresentada a integrantes do conselho, durante discussão sobre a revitalização do Cartão SUS. Reivindicação de sanitaristas, o cartão é considerado como uma ferramenta importante para controlar gastos, melhorar as condições de atendimento e racionalizar o SUS. "Fica muito mais fácil ver quem está fazendo o quê. Agiliza o atendimento, facilita o controle dos funcionários e da velha prática de municípios empurrarem o atendimento de seus habitantes para outras cidades", resume Júnior.

Apesar de o lançamento ultrapassar dez anos, o cartão nunca funcionou de forma adequada. A estimativa é de que existam 144 milhões unidades no País. Mas a base de dados dos pacientes ficam restritas apenas aos locais onde os cartões foram implantados. Em muitos locais, o registro se resume a um mero cadastro, muitas vezes com informações pouco confiáveis. "Como os sistemas são diferentes, não havia como fazer a interligação", afirmou a secretária.

Justificativas. Para não ressarcir o SUS, operadoras podem argumentar, por exemplo, que o paciente atendido estava em período de carência, que o procedimento em questão não era coberto pelo plano ou que o atendimento havia sido feito fora da região de cobertura. Além disso, muitas dívidas deixam de ser pagas por força de liminares.

*Brasília, 23 de agosto de 2010
Folha de S. Paulo/BR
Congresso Nacional | Emenda 29
Ricardo Young*

A seguridade e a reforma

De onde virá o dinheiro para a ampliação da seguridade social no Brasil, num futuro próximo? Estou preocupado com isso. É bom lembrar que "seguridade social" designa um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar aos cidadãos os direitos relativos à Saúde, à Previdência Social e à Assistência Social.

Após a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 10.934, de 11/8/2004, a Secretaria do Tesouro Nacional passou a separar o montante de recursos da seguridade social do resto do orçamento fiscal. No entanto, ainda permanece a falta de clareza na execução orçamentária. A emenda 29, por exemplo, que estipula os percentuais do orçamento que a União, os Estados e os municípios devem destinar à Saúde, aguarda votação no Congresso há dez anos.

De qualquer forma, a lei 12.214, que estimou a receita e as despesas da União para 2010, previu a receita da seguridade social em quase R\$ 425 bi e fixou a despesa em R\$ 465 bi, sendo a diferença de R\$ 40 bi coberta pelo orçamento fiscal.

Um cálculo feito em 2006 mostrou que 13% do PIB iam para pagamento de aposentadorias e pensões; 7%, para a saúde; e 4,5% para a educação. Outros 7% pagavam os juros da dívida pública e 4,25% a amortização da dívida (o superavit primário). Basicamente, é para estas despesas que se encaminham os tributos que pagamos. Estas porcentagens explicam porque sobra tão pouco para a

saúde. Estando na mesma conta da Previdência, ela é estrangulada pelo peso das aposentadorias e pensões, pois a arrecadação das contribuições, notadamente do setor privado, não cobre as despesas com o próprio setor privado, com o setor público, os trabalhadores rurais e aqueles incluídos no Estatuto do Idoso.

Para "tapar o buraco" avança-se nas verbas oriundas dos tributos como CSSL e Cofins que, a rigor, deveriam ir para a saúde e a assistência social. Chama-se também o Tesouro Nacional para cobrir o resto do deficit. Há quem diga que estas contas são falaciosas. De todo jeito, precisamos encarar que uma reforma da previdência e da seguridade é inadiável. É urgente repensar a distribuição dos recursos. Do jeito que está, quem mais contribui acaba com menos. Por que não aplicar às aposentadorias o mesmo princípio do FGTS, de poupança pessoal, com salvaguardas para seu uso antes de determinado tempo? Assim, cada poupador teria de saldo o que conseguisse acumular ao longo de um período. Saúde e assistência social teriam orçamento separado. Temos que aprofundar o debate e enfrentar definitivamente o problema.

*RICARDO YOUNG escreve às segundas-feiras nesta coluna.
ricardoyoung@uol.com.br*

*Brasília, 22 de agosto de 2010
Gazeta do Povo - Curitiba/PR
Ministério da Saúde | José Gomes Temporão*

Mais verba e gente, o remédio para a saúde

Quem frequenta ou acompanha a realidade dos postos de saúde e dos hospitais públicos sabe que o cenário se assemelha a uma guerra. Na capital ou no interior, há muitas filas, faltam médicos, equipamentos e medicamentos. Os grandes centros são invadidos por ambulâncias de pequenas cidades, transportando pessoas em busca de tratamento. Os problemas estão espalhados por todo o Brasil e são de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios.

Mas o próximo governador do Paraná tem condições de fazer uma revolução na saúde, independentemente da vontade dos prefeitos ou do presidente da República que for eleito. Para começar, quem for escolhido pelos paranaenses precisa ter o compromisso de investir 12% da receita corrente líquida do estado com ações na área de saúde, sem artifícios contábeis. Esse porcentual é obrigatório para os estados, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 2000. Mas a falta de regulamentação dela criou brechas que são aproveitadas por vários governadores em todo o país.

Recursos destinados para outras áreas algumas correlatas, como saneamento e complementação alimentar, e outras bem distintas, como pagamento de folha de pagamento são usados para engordar o investimento em saúde.

Por causa dessa maquiagem, o Paraná deixou de aplicar R\$ 2 bilhões em saúde entre 2000 e 2007. A estimativa é do Ministério Público Estadual, que propôs cinco ações contra o governo estadual. A maior parte das falhas ocorreu na gestão de Roberto Requião (PMDB), mas atinge também a de

Jaime Lerner. Segundo o Tribunal de Contas do Estado (TC), a situação voltou a se repetir em 2009, quando foram aplicados apenas 9,94% em saúde o governo sustenta que o percentual foi de 12,08%, com a inclusão de despesas adicionais.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), a maioria dos governadores descumpre a Emenda 29: em 2006, 18 não seguiram a regra; no ano seguinte, 17. Os dados mais recentes, informados pelos próprios gestores, ainda não foram auditados. E a situação não deve mudar tão cedo.

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, reconhece a importância do tema, mas diz que não há vontade política para debater o assunto em ano eleitoral segundo ele, é preciso reativar uma fonte de financiamento para a Saúde, como foi a extinta CPMF. O calendário não ajuda, ninguém está querendo discutir uma nova fonte ou a criação de um novo imposto. A sociedade rejeita, os parlamentares estão atrás devotos, e não de sarna para se coçar. Vamos esperar baixar a bola, acabar o período eleitoral, declarou Temporão na quinta-feira, durante uma reunião política em Curitiba.

Mas a idéia do ministro deve encontrar forte resistência dentro da área da saúde. O presidente da Associação Médica do Paraná (AMP), José Fernando Macedo, rechaça qualquer iniciativa de criar imposto para financiar o setor. Não é necessária uma nova CPMF. Já pagamos muito imposto. Para ele, o principal problema do financiamento é a falta de vontade política. O próximo governador precisa reunir a bancada e pressionar pela regulamentação da Emenda 29, que obriga o governo federal a aplicar 10% da sua receita em saúde, o que não ocorre hoje, diz Macedo (além dos 12% dos estados, a Emenda 29 exige que a União invista 10% da receita em saúde e os municípios, 15%).

Os dois principais candidatos ao governo do estado Beto Richa (PSDB) e Osmar Dias (PDT) afirmam que vão aplicar os 12%. Osmar diz, entretanto, que a regulamentação da emenda é fundamental para definir os critérios de investimento. O coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPR, Paulo de Oliveira Perna, diz que os políticos não estão se comprometendo com esse debate.

Até hoje há essa discussão porque, embora uma série de coisas resultem na melhoria de saúde, não são de responsabilidade direta da saúde. O saneamento básico, a suplementação alimentar são importantes, mas não são de responsabilidade direta da saúde. A questão não tem sido enfrentada corretamente. Precisa do envolvimento dos governantes, avalia.

Mão de obra

Outro desafio do novo governador será aumentar o contingente de trabalhadores na área de saúde. De acordo com Perna, a regionalização do atendimento mais especializado exige um determinado número de profissionais de diversos setores. Em muitas localidades não há a presença de um especialista em toxicologia clínica. Isso é muito grave em um estado como o nosso, que tem o maior índice de uso de agrotóxicos do país, avalia. Ele defende mais qualificação.

De acordo com a presidente do Conselho Estadual de Saúde, Joelma de Souza Carvalho, faltam muitos profissionais em todo o estado. Tivemos a construção de vários hospitais, mas não há

recursos humanos suficientes para o atendimento. Precisamos planejar melhor, programar concursos, saber com que tipo de profissional vamos atuar.

Atenção básica tem de ser priorizada

Apesar da gravidade do atendimento de saúde especializado, o foco do poder público deve ser o investimento em ações de prevenção e na atenção básica da comunidade. Esse é o caminho a ser seguido pelo próximo governador do Paraná. A atenção básica é fundamental porque, se não houver prevenção, o custo financeiro e social para cuidar da doença lá para frente será muito maior, avalia Joelma Carvalho, do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Um dos programas fundamentais para isso é o programa federal Saúde da Família, no qual equipes multiprofissionais baseadas nos postos de saúde são responsáveis por um número definido de famílias em determinada área. Atualmente, o Saúde da Família no Paraná cobre 54% da população. Mas o programa não funciona como deveria. Hoje as pessoas vão até o posto de saúde e, como não há o acompanhamento devido do quadro clínico, elas já são encaminhadas para um especialista. Muitas vezes não há essa necessidade, e isso acaba apenas por aumentar a fila de espera, relata Joelma.

Segundo Francisco Batista Júnior, do Conselho Nacional de Saúde, o número de equipes e de profissionais precisa ser ampliado. No Paraná, há 1,7 mil grupos, o equivalente a um por 6.047 habitantes um pouco melhor do que a proporção no Brasil (6.483) e na Região Sul (6.158). O ideal é de uma equipe por 4,5 mil moradores. Não há postos multiprofissionais onde a pessoa pode conversar com o nutricionista, com o psicólogo ou com o farmacêutico. As pessoas precisam fazer uma bateria de exames para saber com antecedência se há algum risco, por exemplo, de ter um acidente cardiovascular no futuro.

Para o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, o país sofre da síndrome de cobertor curto e por isso tem dificuldade em investir mais em atenção básica. Se eu coloco dinheiro na atenção básica, falta na alta e na média [complexidade]. Se eu coloco dinheiro na alta e na média, falta na básica. Sem a aprovação da [regulamentação da] Emenda 29, vai ficar difícil.

*Brasília, 22 de agosto de 2010
Gazeta do Povo - Curitiba/PR
Ministério da Saúde | Programas | Saúde da Família*

Atendimento de alta complexidade precisa de inovação

Apesar de os especialistas defenderem a prioridade em atenção básica, é preciso encontrar soluções inovadoras para ampliar o atendimento de média e alta complexidade no estado. O atendimento médico desse tipo é de difícil acesso para a maior parte da população paranaense. Cinco municípios, que juntos têm um terço da população, responderam por 80% dos internamentos hospitalares de alta complexidade realizados entre julho de 2009 e junho de 2010 no Paraná.

Esses tratamentos especializados estão concentrados em Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel e Campina Grande do Sul, na região metropolitana da capital, onde fica o hospital de referência nacional Angelina Caron.

De acordo com o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, cada região precisa dividir responsabilidades para que, juntas, consigam oferecer todo tipo de tratamento aos habitantes das localidades próximas. Essa divisão pode ser feita por meio dos consórcios municipais que exigem muita negociação entre prefeitos e tempo para serem implantados ou pela Comissão.

Intergestores Bipartite fórum de negociação entre cada governo estadual e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. Não há necessidade de esperar os consórcios. A Constituição já prevê, e a comissão pode criar responsabilidades claras para cada cidade: quem vai fazer o que, oferecer qual tratamento e assim por diante.

O prefeito que não cumprir seria responsabilizado, afirma. Batista Júnior sugere ainda que a comissão defina pisos salariais para cada região. Soubemos que Maringá e Londrina estão tendo muita dificuldade para contratar profissionais para o programa Saúde da Família, pois outros lugares pagam melhor. Os municípios ficam disputando médicos, é uma concorrência burra.

Privado X público

A escassez de recursos financeiros e de recursos humanos é tão grande que o SUS só funciona por causa dos contratos firmados com a iniciativa privada ou com entidades filantrópicas, que contam com mão de obra e equipamentos próprios. Do total de leitos ofertados no Paraná, 23,1 mil, apenas 6,7 mil são do poder público.

De acordo com dados da Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Paraná (Femipa), seus 102 afiliados têm 8,5 mil leitos para atendimento do SUS, e fazem cerca de 40% do total de atendimentos. O presidente da entidade, Maçazumi Furtado Niwa, defende uma parceria ainda maior com o governo estadual. Segundo ele, não há necessidade de investir mais na construção de hospitais que precisam ser equipados e da contratação de pessoal porque podem ser feitos mais contratos com a rede já existente.

Os dois principais candidatos ao governo, Beto Richa (PSDB) e Osmar Dias (PDT), já se comprometeram em fortalecer as parcerias com as entidades beneficentes. A Femipa tem algumas reivindicações para ampliar o relacionamento com o poder público. Uma delas é a criação de linhas de crédito específicas para investimentos hospitalares, que poderia ser feita pelo Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul (BRDE).

Crítica

Batista Júnior critica os contratos com a rede privada. Os recursos jamais serão suficientes, porque o custo dos serviços prestados por eles é muito alto. Ele dá como exemplo uma cirurgia de alta complexidade que custe cerca de R\$ 50 mil. É muito melhor contratar uma equipe médica que receba

R\$100 mil por mês do governo e faça uma cirurgia por plantão, ou seja, 12 [no mês], do que pagar uma única para a rede privada.

Paulo de Oliveira Perna, do Núcleo de Saúde Coletiva da UFPR, ressalta que o poder público precisa fiscalizar melhor a prestação de serviços contratados. Os hospitais assinam contratos de metas, mas quem é que fiscaliza? É preciso controlar melhor os fluxos, os critérios, a qualidade de atendimento e o corpo de funcionários.

Expediente

Carta Eletrônica do CNS

Publicação do Conselho Nacional de Saúde - Ano VI – 23 de agosto de 2010.

Secretaria Executiva do CNS

Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde