PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Memorando n.º 02/2018 - SGS

Curitiba, 14 de fevereiro de 2018.

Da: **Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde - SGS**

Para: **Regionais de Saúde**

Assunto: *Contratação pelo Gestor Municipal do SUS, de prestadores de serviços ambulatoriais e, principalmente hospitalares, localizados em municípios cuja Gestão do SUS é de outro município, ou do estado.*

Senhor(a) Diretor(a)

Atualmente a SESA tem recebido questionamentos do Tribunal de Contas do Estado - TCE e do Ministério Público Estadual quanto aos contratos paralelos que alguns municípios têm realizado com prestadores de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, localizados em municípios que ampliaram a gestão de saúde em seu território, bem como com prestadores sob gestão do Estado.

Para a abordagem do assunto é importante observar a legislação, em parte relatada a seguir.

A Constituição Federal de 1988, ao criar o SUS, estabeleceu em seus artigos nº 196 e 200 que as ações e serviços públicos de saúde que integram a rede regionalizada e hierarquizada, devem observar as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. As instituições privadas podem participar no SUS de forma complementar, por meio de contrato administrativo ou convênio, devendo ser dada preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos, conforme prevê o Art. 199, parágrafo 1º da referida Constituição.

A Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu Art. 24, estabelece que quando as disponibilidades de serviços públicos forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor do SUS pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

A Constituição do Paraná e a Lei Estadual nº 13.331, de 23 de novembro de 2001, da mesma forma disciplinam a participação complementar da iniciativa privada nos serviços prestados ao SUS.

A Emenda Constitucional nº 29/2000, assegura recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde, definindo percentuais a serem aplicados pelos entes, sendo 15% para os Municípios, 12% para os Estados e, para a União o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB. No caso da União o dispositivo foi alterado pela Emenda Constitucional 86/2015, que estabeleceu aplicação progressiva de percentuais de recursos da receita corrente líquida e, posteriormente, a EC 96/2016 congelou o gasto federal a partir de 2017.

O Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei Federal nº 8.080 de 1990 dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a

articulação interfederativa. Refere que deve ser assegurada a continuidade do cuidado em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e outras unidades integrantes da Rede de Atenção à Saúde, de forma pactuada em suas comissões intergestores (Art. 12 parágrafo único).

A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. No seu capítulo I, que trata das disposições gerais, refere que o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

A Lei Complementar 141/2012, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90, incluiu em seu texto o conceito de financiamento tripartite solidário e o critério de rateio, além de outros dispositivos. Em seu Art. 21 dispõe que os estados e os municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar, entre si, parcelas de recursos dos Fundos de Saúde, derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, e que serão administradas segundo a modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

A Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do SUS e estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, definindo em seu capítulo II, que o financiamento é tripartite pactuado entre as 3 esferas de gestão.

A Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a PNHOSP, citando em seu art. 5º, inciso III, a competência dos entes federativos de financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados conforme pactuação, considerando a oferta das ações e serviços pelos entes, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada.

A Portaria GM/MS nº 2.567, de 25 de novembro de 2016, dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e do credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

A Lei Estadual n.º 18.976, de 05 de abril de 2017, estabelece normas sobre a participação complementar da iniciativa privada no Sistema único de Saúde no âmbito do Estado do Paraná.

Considerando que compete aos Municípios garantir, de forma solidária com o Estado e União, a integralidade da atenção à saúde de sua população, participar do financiamento tripartite do SUS, organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a Rede de Atenção à Saúde, por meio de processos de integração e articulação dos serviços com os demais níveis do sistema, com base no processo da Programação Pactuada e Integrada – PPI;

Considerando ser a Direção do SUS, conforme o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, tripartite, gerida no âmbito da esfera da União pelo Ministério da Saúde, no âmbito da esfera dos Estados e Distrito Federal pelas respectivas Secretarias de Saúde e no âmbito dos

Municípios pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, tendo as instâncias de gestão autonomia para realizarem, dentro das normas do SUS, pactuações e contratualizações;

Considerando ser responsabilidade de cada Gestor do SUS, a sua participação na formação das linhas de cuidado e da rede de assistência, de modo a garantir que os moradores em seu território, usuários do SUS, tenham a garantia de acesso a atendimento de qualidade, dentro e fora do seu território, devendo realizar pactuações e repactuações, organizando os fluxos e referências;

Considerando que as pactuações e repactuações devem ser sempre aprovadas pelas Comissões Intergestores Bipartite Regionais – CIRs localizadas em cada uma das 22 Regionais de Saúde do Estado, podendo também ser aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite Estadual – CIB Estadual, quando necessário;

Considerando que, para atender as necessidades de saúde da população, alguns municípios têm contratualizado com prestadores ambulatoriais e/ou hospitalares, mesmo não tendo a Gestão da Média e Alta Complexidade, portanto com prestadores de serviços localizados em municípios sob Gestão do Estado ou de outro Município;

Determinamos que cada uma das 22 Regionais de Saúde, adotem as seguintes providências:

1. Realizem reunião com todos os Gestores Públicos Municipais, com a presença do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde e demais responsáveis pela realização de contratos com estabelecimentos de saúde localizados nos municípios da abrangência da Regional de Saúde. Da reunião deverá ser confeccionada ata assinada por todos os presentes devendo tratar dos seguintes assuntos:
    a) Esclarecer sobre a possibilidade dos municípios aderirem a Gestão Ampliada de todo sistema do SUS, passando a ser responsáveis pela contratação de todos os prestadores de serviços localizados em seu território e, consequentemente, passando a receber na conta do Fundo Municipal de Saúde os recursos federais e estaduais. Estes recursos deverão, juntamente com os recursos municipais, compor o bojo financeiro dos contratos a serem celebrados pelo Gestor Municipal com os prestadores de serviços situados em seu território (ambulatorial e hospitalar);
    b) Informar que a via regular para obtenção de atendimentos aos usuários do SUS em prestadores de serviços situados no território de outro gestor municipal ou na gestão do Estado são as pactuações e repactuações com aprovação na CIR e/ou CIB Estadual, quando for necessário;
    c) Deixar claro a todos que, independentemente da forma de gestão, na impossibilidade de atender às necessidades da população através de pactuações e repactuações entre gestores, não poderá haver, sob a ótica da Lei, duplicidade ou sobreposição de objeto no momento da contratação de prestadores de serviços situados no território de outro Gestor Municipal em Gestão Ampliada ou de prestadores de serviços que estejam sob Gestão do Estado;

d) Observar que municípios que decidirem contratar serviços/procedimentos de média e alta complexidade devem estar cumprindo os requisitos da oferta na atenção básica, com qualidade e suficiência aos seus cidadãos, incluindo os atendimentos de urgência e emergência, não podendo haver nos eventuais contratos qualquer denotação de privilégio/priorização do acesso, devido ao fato da regulação ser uma atribuição do Gestor de Saúde;

e) Reiterar que, para a contratação em seu território, a melhor forma é que seja feita a mudança para Gestão Ampliada, e que para acessar serviços sob outra gestão, a melhor opção é por meio de pactuações e repactuações. Porém, devido a decisão de contratar, ou não contratar, ser um ato de responsabilidade do Poder Executivo Municipal, recomendamos que aqueles que decidirem celebrar contratos para média e alta complexidade adotem as seguintes providências:
   - Solicitem a avaliação prévia de sua assessoria jurídica;
   - Verifiquem diretamente com outros gestores (Município ou Estado), ou através da CIR, quanto a não existência de conflito ou duplicidade de objeto com os contratos já existentes;
   - Pactuem na CIR e, quando for o caso na CIB Estadual, inserindo o serviço contratado na rede do SUS, sob regulação do gestor;
   - Prefiram a solução conjunta para as necessidades dos municípios, o que pode ser feito através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
   - Antes de pagar por procedimentos realizados a usuários do SUS, solicitem ao gestor do SUS que tem a gestão dos recursos federais, informação sobre ter efetuado, ou não, pagamentos pelos procedimentos que estão sendo assumidos pelo Município. No caso do gestor ser a SESA solicitar à respectiva Regional de Saúde

f) **As Regionais de Saúde deverão colocar sua equipe a disposição dos Gestores Municipais e da CIR, para que, quando consultados, emitam relatório sobre contratações pretendidas**, verificando o que foi exposto e, principalmente, **se não existe duplicidade** dos procedimentos que serão contratados ou **sobreposição de objeto** quando comparados com os contratos mantidos pela SESA. Para tanto, deverão manter em arquivo todos os contratos existentes entre a SESA e prestadores de serviços ao SUS de sua área de abrangência.

2. Realizar reunião com os diretores dos hospitais da área de abrangência da Regional de Saúde, também com confecção de ata, para tratar dos seguintes assuntos:
   a) Relembrar que para atendimentos aos usuários do SUS não é permitida a cobrança de complementação a qualquer título;
   b) Informar que no SUS o contrato do prestador de serviços deve ser sempre com o Gestor do SUS que possui a Gestão da média e alta complexidade;

c) Esclarecer que a via adequada para acesso à assistência por prestadores de serviços sob gestão de outro município, é assumir a gestão ampliada da média e alta complexidade (prestador localizado no próprio município) e que, para estabelecimentos localizados em outros municípios ou quando a opção escolhida foi a de não assumir a gestão ampliada, a forma de acesso deve ser a pactuação e repactuação entre gestores com aprovação na CIR;

d) Informar que a celebração de contrato com outros gestores do SUS é irregular: d1) quando houver duplicidade de procedimentos e/ou sobreposição do objeto em comparação aos contratos vigentes com o Gestor do SUS; d2) se implicar em priorização/privilégio do acesso; d3) se não houver a previsão de que a regulação é atribuição do gestor do SUS.

e) Esclarecer que estabelecimentos detectados realizando dupla cobrança pelo mesmo procedimento poderão responder a Procedimento Administrativo e, quando for o caso, poderão responder também na esfera ética e legal.

3. Repassar aos participantes das reuniões e também aos prestadores de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares o conteúdo deste memorando.
4. Solicitamos que as cópias das atas das referidas reuniões, com os gestores municipais e com os prestadores de saúde, sejam encaminhadas para a SGS até o dia 30/05/2018.
5. Observar que este assunto foi discutido na Câmara Técnica de Gestão da Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual , assim como em reuniões com representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONAS, Associação dos Municípios do Paraná - AMP e Ministério da Saúde.
6. Informamos que está prevista oficina a ser realizada em parceria com o COSEMS, que poderá servir de capacitação para as Regionais de Saúde, que provavelmente será realizada na segunda semana do mês março, para alinhamento conceitual referente ao assunto, bem como para as orientações necessárias para subsidiar as discussões com os gestores municipais e prestadores de serviço SUS. A data e local da capacitação será informada posteriormente por memorando específico.

Atenciosamente

Irvando Luiz Carula
Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde