

DOCUMENTO BASE  
DO CONASEMS PARA A

# XVI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



**CONASEMS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Brasília, 2019

DOCUMENTO BASE  
DO CONASEMS PARA A  
**XVI CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE**



## DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente – Mauro Guimarães Junqueira

Vice-Presidente – Charles Cezar Tocantins

Vice-Presidente – Wilames Freire Bezerra

Diretora Administrativo – Cristiane Martins Pantaleão

Diretor Financeiro – Hisham Mohamad Hamida

Diretora Financeiro-Adjunto – Iolete Soares de Arruda

Diretor de Comunicação Social – Diego Espindola de Ávila

Diretora de Comunicação Social-Adjunto – Maria Célia Valladares Vasconcelos

Diretora de Descentralização e Regionalização – Stela dos Santos Souza

Diretora de Descentralização e Regionalização-Adjunto –  
Soraya Galdino de Araújo Lucena

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares – Carmino Antônio de Souza

Diretor de Municípios de Pequeno Porte – Murilo Porto de Andrade

Diretora de Municípios de Pequeno Porte-Adjunto – Débora Costa dos Santos

Diretor de Municípios com Populações Ribeirinhas e em Situação de Vulnerabilidade  
- Adjunto – Afonso Emerick Dutra

2º Vice-Presidente Regional – Região Centro Oeste – André Luiz Dias Mattos

1º Vice-Presidente Regional – Região Nordeste – Normanda da Silva Santiago

2º Vice-Presidente Regional – Região Nordeste –

Orlando Jorge Pereira de Andrade de Lima

1º Vice-Presidente Regional – Região Norte – Januário Carneiro Neto

2º Vice-Presidente Regional – Região Sudeste – Geovani Ferreira Guimarães

2º Vice-Presidente Regional – Região Sul – Rubens Griep

Conselho Fiscal – Região Norte – Oteniel Almeida dos Santos

Conselho fiscal – Região Norte – Helenilson José Soares Boniares

Conselho Fiscal – Região Nordeste – Leopoldina Cipriano Feitosa

Conselho Fiscal – Região Nordeste – Glifson Magalhães Dos Santos

Conselho Fiscal – Região Centro-Oeste – Aparecida Clestiane de Costa Souza

Conselho Fiscal – Região Centro-Oeste – Maria Angélica Benetasso

Conselho Fiscal – Região Sudeste – Tereza Cristina Abrahão Fernandes

Conselho Fiscal – Região Sul – João Carlos Strassacapa

Conselho Fiscal – Região Sul – Sidnei Bellé

Representante no Conselho Nacional de Saúde – Arilson da Silva Cardoso

Representante no Conselho Nacional de Saúde – José Eri Borges de Medeiros

## RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

**COSEMS - AC** - Tel: (68) 3212-4123  
Daniel Herculano da Silva Filho

**COSEMS - AL** - Tel: (82) 3326-5859  
Izabelle Monteiro Alcântara Pereira

**COSEMS - AM** - Tel: (92) 3643-6338 / 6300  
Januário Carneiro da Cunha Neto

**COSEMS - AP** - Tel: (96) 3271-1390  
Marcel Jardson Menezes

**COSEMS - BA**  
Tel: (71) 3115-5915 / 3115-5946  
Stela Santos Souza

**COSEMS - CE**  
Tel: (85) 3101-5444 / 3219-9099  
Sayonara Moura de Oliveira Cidade

**COSEMS - ES** - Tel: (27) 3026-2287  
André Wiler Silva Fagundes

**COSEMS - GO** - Tel: (62) 3201-3412  
Verônica Savatin Wottrich

**COSEMS - MA**  
Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985  
Domingos Vinicius de Araújo Santos

**COSEMS - MG** - Tels: (31) 3287-3220 / 5815  
Eduardo Luiz da Silva

**COSEMS - MS** - Tel: (67) 3312-1110 / 1108  
Wilson Braga

**COSEMS - MT** - Tel: (65) 3644-2406  
Marco Antônio Noberto Felipe

**COSEMS - PA**  
Tel: (091) 3223-0271 / 3224-2333  
Charles César Tocantins de Souza

**COSEMS - PB** - Tel: (83) 3218-7366  
Soraya Galdino de Araújo Lucena

**COSEMS - PE**  
Tel: (81) 3221-5162 / 3181-6256  
Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

**COSEMS - PI** - Tel: (86) 3211-0511  
Leopoldina Cipriano Feitosa

**COSEMS - PR** - Tel: (44) 3330-4417  
Cristiane Martins Pantaleão

**COSEMS - RJ** - Tel: (21) 2240-3763  
Maria da Conceição de Souza Rocha

**COSEMS - RN** - Tel: (84) 3222-8996  
Débora Costa dos Santos

**COSEMS - RO** - Tel: (69) 3216-5371  
Vera Lúcia Quadros

**COSEMS - RR** - Tel: (95) 3623-0817  
Helenilson José Soares

**COSEMS - RS** - Tel: (51) 3231-3833  
Diego Espíndola de Ávila

**COSEMS - SC**  
Tel: (48) 3221-2385 / 3221-2242  
Alexandre Lecina Fagundes

**COSEMS - SE**  
Tel: (79) 3214-6277 / 3346-1960  
Enock Luiz Ribeiro

**COSEMS - SP**  
Tel: (11) 3066-8259 / 8146  
José Eduardo Fogolin Passos

**COSEMS - TO** - Tel: (63) 3218-1782  
Roberto Sampaio Alves



# Apresentação

## *Olá Gestores(as),*

Nos dias 4 a 7 de agosto deste ano de 2019, será realizada em Brasília, a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), com o tema Democracia e Saúde e os eixos temáticos são Saúde como direito, Consolidação dos princípios do SUS e Financiamento do SUS.

Como o tema remete à 8ª Conferência cujos eixos temáticos foram Direito à saúde, Reorganização do sistema de Saúde e Financiamento da política de saúde, o conjunto de propostas guardará estreito relacionamento com o marco institucional da conferência, guardados os 33 anos passados entre uma conferência e outra.

Organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e realizada pelo Ministério da Saúde, a conferência vai definir as diretrizes para as políticas públicas de saúde no país, que serão observadas no Plano Nacional de Saúde 2020-2023.

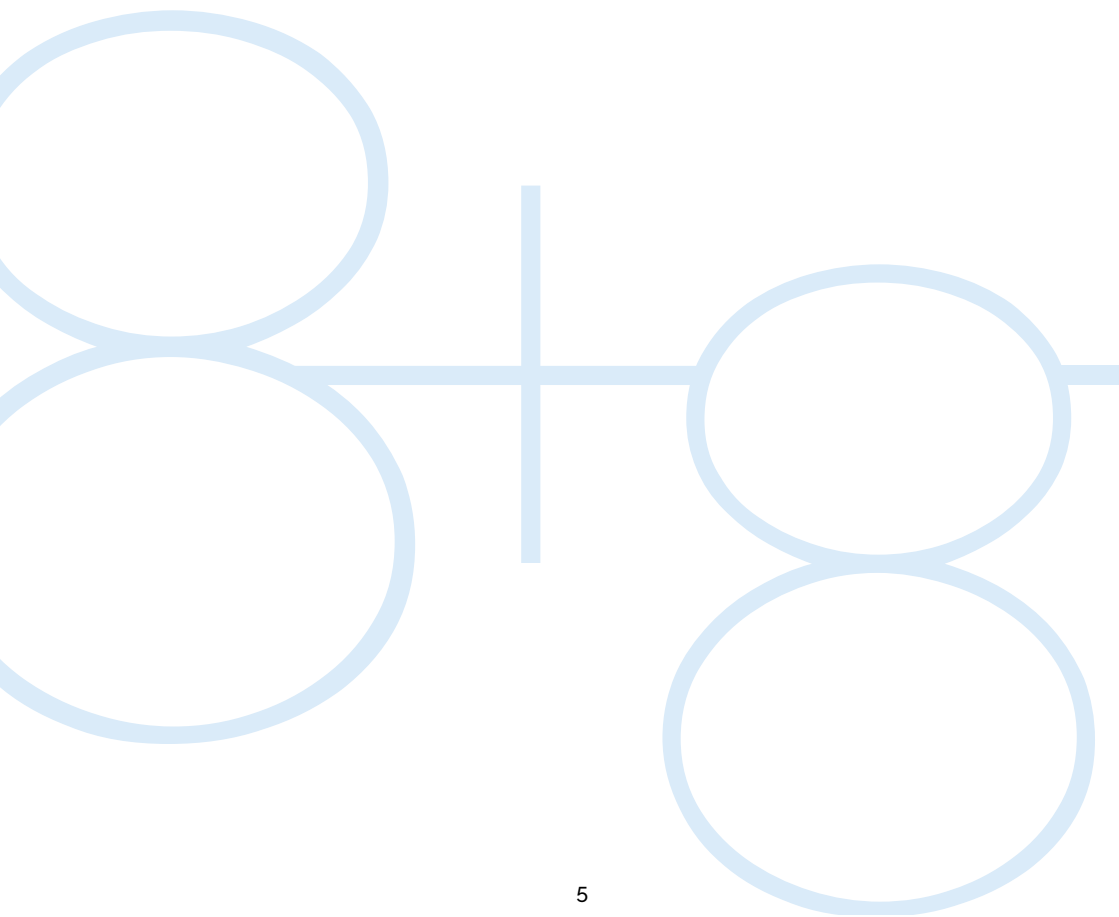
Como na 8ª Conferência, nós, gestores municipais da saúde, temos enorme responsabilidade e compromisso com a 16ª. Na Conferência, será possível vivenciar um processo democrático participativo e de construção ascendente, cujo início se deu com as Etapas Municipais. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, devido a intensa participação dos Secretários e Secretárias Municipais de Saúde, nossas propostas foram integralmente incorporadas no relatório aprovado.

Para apoiar a participação dos gestores e gestoras que serão delegados, o Conasems elaborou este documento que apresenta posicionamento político da entidade quanto aos temas em debate. As sugestões e propostas contidas neste documento, apresentam o

posicionamento do Conasems destacando a importância de se promover discussões amplas e qualificadas com cidadãos e cidadãs sobre os rumos da saúde, defender os princípios e diretrizes constitucionais deste direito, e fortalecer o papel protagonista dos gestores municipais na construção dos Planos Estadual e Nacional de Saúde.

*Mauro Junqueira*

*Presidente do Conasems*



# Introdução

A XVI Conferência Nacional de Saúde tem um contexto histórico importante neste momento de mudança de governos. Seu papel na avaliação da política nacional de saúde e sua inserção em um estado democrático de direito passa a ser fundamental na perspectiva de uma continuidade na construção do SUS. A Rede Cosems Conasems tem seu compromisso assegurado com um foco na participação qualificada nas etapas municipais, regionais, estaduais e nacional, em consonância com a participação da comunidade e respeitando nossos conselhos.

Os impactos de outros setores na saúde têm que ser considerados no processo de planejamento. Os determinantes e condicionantes da saúde como trabalho, educação, transporte, moradia, lazer e alimentação podem expor as pessoas a condições de vulnerabilidade e ter impacto direto na qualidade de vida, como também no processo saúde-doença. Por isso devemos trabalhar a intersetorialidade sempre respeitando as especificidades e diversidade das pessoas.

No processo de descentralização e regionalização existe um evidente processo de desresponsabilização do financiamento federal proporcional ao custo real ao longo da história do SUS. Isto tem provocado uma sobrecarga aos municípios que se veem responsáveis pelas políticas públicas de saúde no âmbito local e por financiar estas ações sob pena de não responder as demandas do direito a saúde dos seus municípios.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde será o maior evento de participação social no país, reunindo milhares de pessoas em Brasília, no período de 04 a 07 de agosto de 2019, para traçar de forma democrática as diretrizes para as políticas públicas de saúde no Brasil.



A Conferência terá como tema: “**Democracia e Saúde**” e seus eixos temáticos são: **Saúde como direito, Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Os Eixos temáticos:		
1	2	3
Saúde como direito;	Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);	Financiamento adequado e suficiente para o SUS;

Neste documento apresentamos para cada eixo temático, o **posicionamento e as contribuições dos gestores municipais de saúde para o debate a partir do Documento Orientador de Apoio aos Debates**, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>[http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento\\_Orientador\\_Aprovado.pdf](http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf)



# Posicionamento e Contribuições

dos gestores municipais  
de saúde para o debate

- |  |    |
|--|----|
| 1   Saúde como direito   | 9  |
| 2   Consolidação dos princípios do<br>Sistema Único de Saúde (SUS) | 11 |
| 3   Financiamento adequado e<br>suficiente para o SUS              | 17 |



1

Saúde como  
direito

É evidente a evolução dos direitos constitucionais em saúde ao longo da história do SUS. Este sistema tem sido a vanguarda na reposição de dívidas sociais importantes e seu trabalho, não isento de críticas, garante a inserção social de mais de 160 milhões de brasileiros que dele dependem diretamente e de 50 milhões que mesmo de forma indireta têm seus direitos garantidos através de seu sistema de proteção da saúde.

O Conasems entende definitivamente que saúde é um direito constitucional em construção e em conformidade com a lei não se exime da responsabilidade por esta garantia ao indivíduo, a família e as empresas.

Para a garantia deste direito, além do previsto constitucionalmente é necessária uma qualificação da descentralização e gestão do sistema, um financiamento condizente com as singularidades regionais e promoção da equidade assistencial, de acordo com o modelo de atenção do SUS.

Para isso é imprescindível uma Atenção Básica qualificada para gestão do cuidado como corresponsável em todos os níveis de complexidade e para ordenação da rede e sua regulação, mas o direito à saúde não se garante apenas com o acesso à Atenção Básica universal, lutas constantes do Conasems, mas também pela garantia do princípio da integralidade. Nesse sentido, a regionalização atual carece de melhoria da capacidade governativa regional para fazer cumprir o artigo 198 da constituição no sentido de uma rede regionalizada e hierarquizada, ainda plena de vazios assistenciais e iniquidades no financiamento. É preciso qualificar o processo de regionalização, melhorando o processo de financiamento regional, a governança da Rede de Atenção à Saúde pensada funcionalmente para o usuário, trata-se do maior desafio atual do SUS, se expressa no Planejamento Regional Integrado (PRI).

# 2

## Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

**Reafirmamos em destaque estes princípios do SUS:**

#### **UNIVERSALIDADE**

Garantia do acesso em todos os níveis de complexidade, e em todas as políticas públicas de saúde;

#### **INTEGRALIDADE**

Garantir o acesso de forma integral e oportuna em todos os pontos da Rede de Atenção, promovendo a equidade considerando as adversidades regionais e as diferenças individuais e coletivas, com adequação da atenção conforme as necessidades exercendo justiça social.

#### **REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE**

Considerada como a busca ou a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços.

#### **HIERARQUIZAÇÃO**

Organização em Rede de Atenção à Saúde.

#### **DESCENTRALIZAÇÃO E COMANDO ÚNICO**

Mecanismo para ampliar cobertura e acesso da população às ações de saúde.



## Participação da comunidade

Ressaltamos a importância de exercermos a democracia participativa através das conferências e dos conselhos. As conferências de saúde devem elaborar as diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde, e estas diretrizes subsidiam a formulação das políticas de saúde que orientarão o processo de planejamento dos entes da federação.

O planejamento ascendente começa com o cidadão, na atenção de suas necessidades. Passa pela comunidade, onde as necessidades coletivas de atenção à saúde são determinantes importantes a serem consideradas. Portanto, podemos afirmar que ao implementar o processo de planejamento ascendente estamos fortalecendo a participação social e as decisões locais que tem como responsabilidade analisar, monitorar e avaliar a implantação das políticas que compõem os respectivos planos<sup>2</sup>.

Por isso devemos ocupar o legítimo espaço para manifestar e expressar nossas opiniões sobre as necessidades de saúde e apontar diretrizes que fortaleçam as políticas públicas de saúde, e se necessário apontar para a reformulação das políticas econômicas e sociais que assegurem o acesso integral, universal e igualitário aos cidadãos brasileiros.

---

<sup>2</sup>Documento Regionalização da Saúde – posicionamento e orientações. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>



## Regionalização

O processo de regionalização deve levar em conta o estabelecimento de uma rede hierarquizada de serviços de saúde, a existência de um PRI, a garantia do acesso a todos os níveis de atenção com resoluibilidade e racionalização dos recursos, dentro de uma base territorial de planejamento. O processo de regionalização pode também ser entendido como um facilitador para que as ações de saúde levem em conta os riscos populacionais, evitando a fragmentação da rede de serviços, estabelecendo equilíbrio na distribuição de recursos aos diversos pontos de atenção à saúde e evitando privilegiar os de maior densidade tecnológica. A importância do processo de regionalização é enfatizada pelo CNS ao proclamar que “A garantia do direito à saúde” requer a organização de uma rede que responda ao perfil epidemiológico e integre as ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação, articulando as ações de âmbito local, microrregional, regional, macrorregional estadual, interestadual e nacional, e assegurando a coordenação da gestão descentralizada.

A regionalização é princípio acoplado ao da descentralização, que juridicamente, em um país que adota o modelo federal, significa a distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas de governo: União, Estados e Municípios, esferas autônomas com capacidade político-legislativa, priorizando os níveis regionais e locais.

Todavia, é de se ressaltar que a regionalização e a hierarquização não podem ser consideradas como fins em si mesmo, mas sim como instrumentos para que sejam alcançados os princípios fundamentais do SUS – a universalidade, a integralidade e a equidade.

Enfim, a organização e o funcionamento do sistema público de saúde consoante com o princípio da regionalização requer que ocorra articulação entre as três esferas de governo, e, internamente em cada uma delas.



Portanto, devemos implementar um modelo de gestão republicana e democrática que tem como foco o direito a saúde, que busque melhorar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde aos cidadãos. Para isso, temos que construir uma relação tripartite na lógica da cooperação, confiança e transparência.



## Rede de Atenção à Saúde

Rede de Atenção à Saúde - RAS têm como propósito a organização da atenção à saúde regional, no sentido da garantia do acesso integral com equidade, e qualidade na construção da cidadania em saúde. Propósito que, para ser alcançado com efetividade, deve ser pensado como parte de uma ampla rede de atenção à saúde a partir da Atenção Básica, passando por um processo integrado com ações especializadas e em hospitais e referência. Os gestores municipais necessitam se apropriar de seus conceitos e suas características que devem espelhar o modelo de atenção à saúde. Destacamos ainda que, para o Conasems, todo esforço empreendido para apoiar o desenvolvimento e organização da RAS deve ter como objetivo responder as necessidades de saúde da população.

Este é momento onde a governança se faz importante. Aí consiste o desafio: construir um sistema integrado que consiga articular suas práticas em âmbito regional, respeitando a autonomia de gestão de cada município.

A estruturação da RAS apresenta-se como um caminho possível, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes. Nesse sentido, a RAS é uma estratégia de estruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na oportunidade, qualidade e impacto da atenção prestada.



## Modelo de Atenção

Carta de Belém<sup>3</sup> do Congresso do Conasems em 2018 em seu primeiro ponto sobre Modelo de Atenção e RAS:

*Implementar um Modelo de Atenção à Saúde que elimine a verticalidade dos programas ESTADUAIS E FEDERAIS, considerando o planejamento ascendente, a fim de viabilizar a organização do sistema de saúde com foco nas necessidades, condições de risco e vulnerabilidades presentes no território, fortalecendo assim a integralidade da atenção à saúde.*

Modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Esta organização é fruto de um processo de regionalização que amadurece e se corrige com o aprimoramento da relação entre entes, tendo como eixo estruturante o caminho do usuário e seu acolhimento na rede. Definidas as prioridades sanitárias regionais, emerge a necessidade de construção de consensos pactuados com definição das responsabilidades individuais e comuns de cada ente federativo, na Região e na Macrorregião de Saúde, para acolher o usuário e seu trajeto na RAS e seus respectivos pontos de atenção com a previsão orçamentária para isto.

O modelo de atenção deve preconizar a integralidade do cuidado, garantia do acesso, regionalização e descentralização dos serviços, o maior eixo do modelo de atenção do SUS e sua característica que começa por uma atenção básica resolutiva, que participe efetivamente do processo de regulação, gerindo o cuidado do paciente que habita no território sob sua responsabilidade, com resolutividade nas ações de promoção da saúde, proteção com foco nas situações de risco à saúde e diagnósticos e tratamentos precoces. Entretanto, é um modelo em construção e a oferta da atenção ainda fragmenta o cuidado em saúde.

<sup>3</sup>Carta de Belém. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/CARTA-DE-BEL%C3%89M-1.pdf>

# 3

## Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

***Historicamente, o SUS conta com recursos insuficientes para a execução do amplo leque de ações votadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação.***

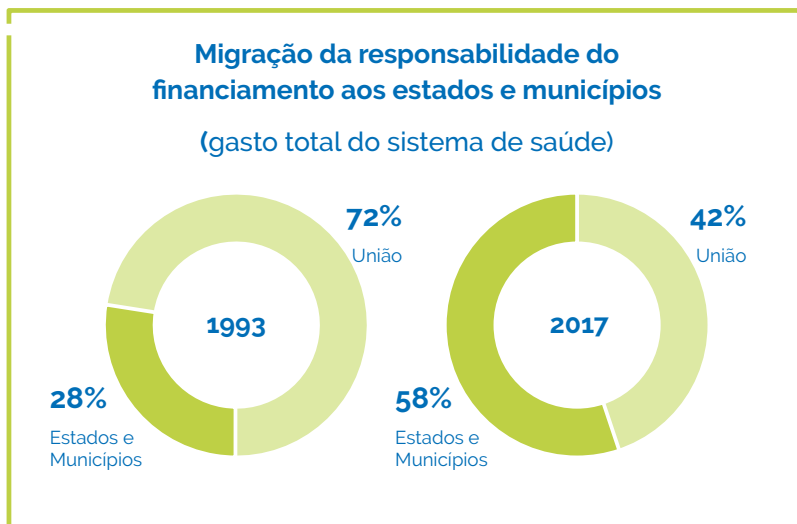


## Subfinanciamento

A retração do financiamento Federal, acrescido de um orçamento fragmentado, gera a falta de recursos para ações necessárias no âmbito local e acúmulo de recursos destinados especificamente para ações menos importantes neste âmbito. Dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS demonstram que o gestor federal do SUS, em detrimento do seu maior poder de arrecadação de tributos, próximo a 59% da carga tributária brasileira, vem migrando a responsabilidade do financiamento aos estados e municípios no decorrer das últimas décadas. No ano de 1993, a União foi responsável por 72% do gasto total do sistema de saúde, contra os 42% em 2017, enquanto os dois outros entes da Federação duplicaram seus percentuais, respectivamente 25% os Estados e 32% os municípios. Tal situação vem se agravando a partir da necessidade de respostas às demandas crescentes de saúde e o conseqüente aumento de aporte de recursos próprios municipais em ações e serviços de públicos de saúde.

Nos últimos 16 anos a média anual de aplicação dos recursos próprios municipais em saúde subiu 10 pontos percentuais, atingin-

do 24% em 2017. Mais alarmante é o fato de que em 2017 o valor total aplicado pelos municípios, acima do mínimo constitucionalmente estabelecido, ultrapassou R\$31 bilhões, o que representa o total de todo Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU arrecadado no País. Por outro lado, a EC 95/2016 conhecida como teto dos gastos federias, instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, limitando o crescimento anual de despesas primárias, inclusive para a saúde, até o limite da taxa de inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), durante 10 ou 20 anos. A EC 95/2016 manteve a base de cálculo e o mínimo a ser aplicado pela União em 15% da RCL no ano de 2017.





## Reforma Tributária e Pacto Federativo

Considerando que o sistema de arrecadação de impostos no Brasil apresenta-se complexo e ineficiente, o que gera insegurança e prejudica o crescimento da economia, as pautas de tributações da renda e do patrimônio devem ocupar lugar de destaque na agenda nacional. Nesse sentido, é necessário o resgate dos princípios constitucionais da Justiça Fiscal – equidade, capacidade contributiva e progressividade.

Atualmente a União, que detém 60% da arrecadação da carga tributária, arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17% da carga tributária brasileira e se responsabilizam por 32% do financiamento do SUS. O congelamento dos recursos federais estabelecido pela Emenda Constitucional 95/2016 pode responsabilizar ainda mais os outros entes da Federação. Piola (2011) apresenta série histórica que descreve este movimento de retração federal, frente ao aumento dos recursos aplicados pelos estados e municípios, em detrimento a necessária contrapartida e da revisão da estrutura tributária.

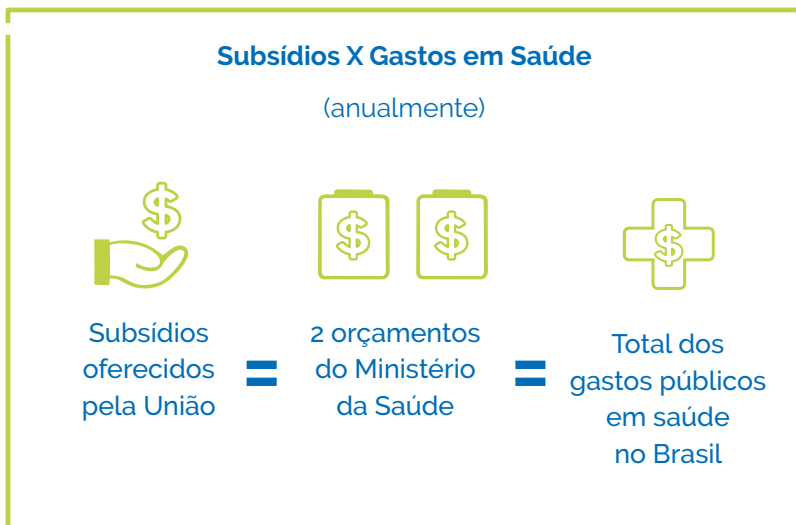
Em 2017, a carga tributária bruta do Governo Geral – governo central, Estados e municípios – alcançou 32,36% do Produto Interno Bruto - PIB (relativamente estável em comparação aos anos anteriores), conforme estimativa da carga tributária bruta elaborada pelo Tesouro Nacional, estimativa que integra a Prestação de Contas da Presidência da República. Entre os anos de 2016 e 2017, registrou-se diminuição da representação da carga tributária federal frente ao PIB, porém a mesma relação se manteve estável para municípios em apenas 2,25% contra os volumosos 21,20% do Federal.



## Renúncia Fiscal

Segundo dados da Secretaria de Acompanhamento Fiscal, Energia e Loterias do Ministério da Fazenda, o Governo Federal concedeu, entre os anos de 2003 e 2017, em subsídios, sejam em despesa (benefícios financeiros e creditícios) ou receita (gastos tributários), o total de R\$ 4 trilhões. Significa dizer que a cada 13 anos um orçamento inteiro da União é oferecido em subsídios. Esta comparação se torna ainda mais crítica quando se toma como base o orçamento do Ministério da Saúde, com previsão de R\$ 130 bilhões para 2018. Anualmente a União oferece em subsídios o montante equivalente a dois orçamentos do Ministério da Saúde em subsídios, ou ainda o equivalente a totalidade dos gastos públicos em saúde do Brasil.

Parte destes subsídios diz respeito ao gasto tributário, subsídio que nos últimos anos alcançou a representatividade acima de 4% do PIB, ou seja, o mesmo valor destinado conjuntamente pela União,



Estados e municípios ao financiamento saúde no País. Constatação alarmante, que pode ser entendida como um dos grandes obstáculos à garantia do financiamento do direito à saúde no Brasil. Estudos do IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada registram que, por meio de renúncias fiscais, cerca de R\$ 25 bilhões deixaram de ser arrecadados do total de gastos federais em saúde em 2013.

A dedução dos gastos com planos de saúde, profissionais de saúde, clínicas e hospitais no Imposto de Renda, das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), indústria químico-farmacêutico, enfraquecem a capacidade de arrecadação da esfera pública. Apenas as deduções de Rendimentos Isentos e Não Tributáveis em 2017 superaram R\$28 milhões. Adicionalmente, observa-se uma recomposição dos custos da saúde suplementar sempre muito acima da inflação oficial, como aprovado este ano pela Agência Nacional de Saúde, o que aumenta a renúncia fiscal. Segundo Cunha, 2018, em dezembro de 2016, a Variação de Custo Médico-Hospitalar dos 12 meses anteriores atingiu 20,4%, contra 6,29% registrados no mesmo período pelo Índice de Preços ao Consumidor - IPCA, índice utilizado pela EC 95/2016 que determina o teto dos gastos federais.





## Desvinculação orçamentária

A promulgação da Emenda Constitucional (EC) 29/2000 estabeleceu a vinculação de receitas das três esferas de governo para o financiamento do sistema. A partir de então os recursos para financiar o SUS passaram a ser provenientes dos orçamentos da Seguridade Social e Fiscal no âmbito Federal e dos orçamentos fiscais dos Estados/Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes, tais como: contribuições, doações, donativos, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS, rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais. A partir de 2001, os recursos mínimos aplicados nas ASPS para a União passaram a ser equivalente ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) e Estados/Distrito Federal e Municípios passaram a aplicar anualmente, respectivamente, o mínimo de 12% e 15% do produto da arrecadação dos impostos e receitas próprias. Entretanto, ao contrário da manutenção da regra para Estados/Distrito Federal e Municípios, outras Emendas Constitucionais inovaram a regra da União. A EC 86/2015 vinculou a destinar 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União às ações e serviços públicos de saúde. Já a EC95/2016, ao alterar o ato das disposições transitórias, alterou o valor mínimo que passou a ser 15% da RCL de 2017, atualizada anualmente pelo IPCA.

Entretanto, frente a um sistema subfinanciado, que ano após ano migra para os municípios uma maior responsabilidade na composição dos gastos, os quais no ano de 2017 suplantaram em R\$ 31 bilhões o mínimo constitucional, surge uma proposta de desvinculação orçamentária que poderá afetar diretamente o financiamento do SUS, que deverá ser amplamente discutida.



## Custos do SUS

A crescente demanda pelos serviços seja devido à crise econômica ou por fatores demográficos e epidemiológicos em transição no País, além do financiamento insuficiente, impõe a necessidade de produzir informação de custos para a tomada de decisão em saúde. Tanto para usá-la na gestão dos serviços, quanto para subsidiar discussões mais amplas no planejamento da alocação de recursos dos entes. Contudo, ainda não existe uma política específica que trate da produção, organização e uso deste tipo de informação em âmbito nacional no SUS. Entende-se que para além da busca de novas fontes de financiamento é necessário adotar boas práticas de governança e neste sentido é primordial conhecer os custos do SUS. Desta forma, propõe-se a implantação da Gestão de Custos em Saúde no SUS, em todos os níveis de atenção e considerando a diversidade regional e a participação dos três entes da Federação. Sabidamente este desafio somente será superado com a participação das três esferas de gestão do sistema.



## Eficiência

Segundo estudos do Banco Mundial, a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS apresenta-se ineficiente, com os serviços operando com elevada capacidade ociosa: baixas taxas de ocupação de leitos hospitalares. Além disso, a razão de profissionais de saúde/população, particularmente médicos, é menor do que em países com nível similar de desenvolvimento, e bastante inferior à média entre os países da OCDE. A questão de eficiência do gasto, principalmente em um sistema subfinanciado, é de suma importância para subsidiar novos modelos de gestão dos recursos.

Consulte essa e outras publicações em [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)



