

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**  
**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS**

**TIAGO VELLOSO DE CARVALHO**

**SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS ORGANIZAÇÕES DE**  
**SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:**  
**UMA PROPOSTA DE FRAMEWORK PARA AUMENTO DE FATURAMENTO SUS**

Rio de Janeiro  
2016

**TIAGO VELLOSO DE CARVALHO**

**SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS ORGANIZAÇÕES DE  
SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:  
UMA PROPOSTA DE FRAMEWORK PARA AUMENTO DE FATURAMENTO SUS**

**Dissertação apresentada ao programa de Mestrado  
Profissional Executivo em Gestão Empresarial da  
Escola de Administração Pública e de Empresas da  
Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro como  
parte dos requisitos necessários para a obtenção do  
título de Mestre em Gestão Empresarial.**

Orientador: Istvan Karoly Kasznar PhD.

Rio de Janeiro

2016

**TIAGO VELLOSO DE CARVALHO**

**SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS ORGANIZAÇÕES DE  
SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:  
UMA PROPOSTA DE FRAMEWORK PARA AUMENTO DE FATURAMENTO SUS**

**Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional Executivo em Gestão Empresarial da Escola de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Gestão Empresarial.**

**DATA DA APROVAÇÃO: 09 DE DEZEMBRO DE 2016**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Istvan Karoly Kasznar PhD. (Orientador)**  
**EBAPE-FGV**

---

**Profa. Dra. Tania Regina da Silva Furtado**  
**FGV**

---

**Prof. Dr. Evandro Tinoco Mesquita**  
**UFF-CCM e Diretor Clínico do Hospital Pró-Cardíaco**

Carvalho, Tiago Velloso de

Sustentabilidade econômico-financeira das organizações de saúde do Estado do Rio de Janeiro: uma proposta de framework para aumento de faturamento SUS / Tiago Velloso de Carvalho. – 2016.

129 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Istvan Karoly Kasznar.

Inclui bibliografia.

1. Administração financeira. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política de saúde - Brasil. 4. Saúde pública - Administração - Brasil. I. Kasznar, Istvan Karoly. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD – 658.15




**TIAGO VELLOSO DE CARVALHO**

**SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS ORGANIZAÇÕES DE  
SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA PROPOSTA DE FRAMEWORK  
PARA AUMENTO DE FATURAMENTO SUS.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional Executivo em Gestão Empresarial da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre em Administração.

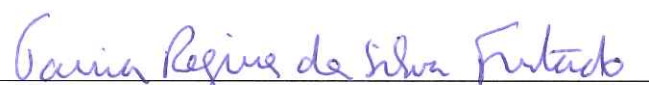
Data da defesa: 09/12/2016.

**ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**



---

**Istvan Karoly Kasznar**  
Orientador (a)



---

**Tania Regina da Silva Furtado**



---

**Evandro Tinoco Mesquita**

À minha esposa, Claudia, agradeço imensamente o incentivo para iniciar o mestrado, pelo seu apoio e paciência nestes últimos dois anos intensos, pela dedicação a nossos filhos e por sua compreensão de minhas ausências em função do trabalho e estudos. Aos meus queridos filhos Vitor e Isabela, por alegrar meu dia a dia e dar um sentido mais amplo e completo à minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao professor Istvan Karoly Kasznar PhD., por ter me orientado com tanta precisão, dedicação e convicção da importância deste trabalho para o Estado do Rio de Janeiro, especialmente num momento de instabilidade econômica e política como o que atravessamos.

Agradeço à professora Dra. Tânia Regina da Silva Furtado por ter aceitado o convite, e por seu entusiasmo e dedicação à saúde. É uma honra tê-la nesta banca.

Agradeço ao professor Dr. Evandro Tinoco Mesquita, pela contribuição baseada em seu grande conhecimento e experiência como médico e professor, e também na gestão privada de um hospital renomado como o Pró-Cardíaco.

Agradeço ao político e gestor público Felipe Peixoto, Deputado Estadual e ex-secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que me deu a oportunidade de viver intensamente a gestão pública na Secretaria de Estado de Saúde como seu Assessor-Chefe de Gestão.

Agradeço ainda ao Gestor Hospitalar Privado Dr. Marcos Pedreira, um dos fundadores dos primórdios da Amil Assistência Médica Internacional, que ajudou a viabilizar uma casa de saúde falida em Duque de Caxias, Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, e que contribuiu para a origem deste grande grupo empresarial de saúde. Agradeço o carinho e atenção comigo, pela oportunidade de aprender com ele nos desafios do dia a dia da gestão hospitalar e me fazer entender como funciona o negócio do hospital.

Agradecimento também ao Dr. Edson Bueno pelas oportunidades concedidas na minha trajetória e, em momentos decisivos, pelo apoio através de sua inspiração pela liderança, coragem e empreendedorismo.

Por fim, um agradecimento especial aos meus pais Clemente e Margarida pelo exemplo de sabedoria e humildade para lidar com os desafios da vida pela base sólida de caráter e valores que me trouxe até aqui.

## RESUMO

O objetivo principal deste trabalho é buscar o equilíbrio e sustentabilidade econômico – financeira das organizações de saúde do Estado. Diante do cenário de escassez de recursos para o financiamento das unidades, lições do modelo privado de gestão hospitalar foram aplicadas para construir um modelo para alinhamento dos processos de trabalho na gestão pública de hospitais e, com isto, melhorar o faturamento das unidades para o SUS. Segundo a ótica de sustentabilidade financeira, aspectos relativos à construção de medidas são abordados a partir da experiência recente de um caso prático aplicado na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. O valor do teto financeiro total do Estado (Unidades Próprias), ou seja, o total repassado pelo Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde) à Secretaria Estadual de Saúde (Fundo Estadual de Saúde) é de R\$ 480 milhões. Deste valor, apenas é executável pelas Unidades Próprias Estaduais o valor de R\$ 282 milhões (passível de faturamento). Pela análise inicial dos dados apresentados pelos hospitais da SES, 42% dos valores apresentados em 2014 para o SUS foram rejeitados (glosados). Tal fato exigiu dos gestores novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades relacionadas ao aumento de receita com base na fonte de arrecadação do governo federal. O objetivo do trabalho é, ainda, descrever as consequências de mudanças operacionais e de cultura de gestão aplicadas ao setor público, das ações planejadas do ponto de vista de financiamento. O tema, entretanto, não esgota a necessidade de revisão crítica dos critérios hoje utilizados com objetivo de propor um Teto financeiro maior para a saúde do Estado do Rio de Janeiro. Assim, foi realizada uma intervenção na gestão em busca de melhores resultados financeiros para garantir o funcionamento dos hospitais estaduais. Como resultado, obtivemos uma melhora significativa na captação e justificativa de receita pela aprovação da produção apresentada ao SUS: 19,8% de crescimento na produção total comparando 2014 com 2015 e, no mesmo período, crescimento de 41,67% de internações hospitalares aprovadas e 16,77% de aumento na produção ambulatorial. Conclui-se que os caminhos definidos pelo modelo desenhado devem ser continuados pelos gestores atuais e futuros. Ressalta-se, por fim, a importância de manter iniciativas sólidas para a melhoria da gestão pública e, com isto, aumentar o acesso à assistência de saúde e de uso do recurso público.

Palavras-chave: Sustentabilidade Econômico-Financeira; Gestão de Saúde Pública, Gestão de Saúde Privada, Faturamento SUS.

## ABSTRACT

The main objective of this work is to seek balance and economic sustainability - financial state of health organizations. In the face of resource scarcity scenario for the financing of units, lessons private hospital management model were applied to build a model for alignment of work processes in the management of public hospitals, to improve the sales of the units for the SUS. In the perspective of financial sustainability aspects of the construction measures are addressed from the recent experience of a case applied to the State Department of Health of Rio de Janeiro. The value of the total financial ceiling of the State (Own Units), or the total passed on by the Ministry of Health (National Health Fund), the State Department of Health (State Health Fund) is R \$ 480 million. Of this amount, only R \$ 282 million (billable) can be executed by the State Own Units. By the initial analysis of the data presented by SES hospitals, 42% of the values submitted in 2014 for SUS were rejected (glosses). Requiring managers new challenges in the ongoing pursuit of efficiency and effectiveness of activities related to revenue growth based on storage supply the federal government. The aim was to describe the consequences of operational changes and management culture applied to the public sector, the planned actions from the point of view of funding. The theme, however, does not exhaust the need for critical review of the criteria used today, in order to propose a greater financial ceiling for the health of the State of Rio de Janeiro. Thus, an intervention in the management was carried out in search of better financial results, to ensure the operation of state hospitals. As a result, we achieved a significant improvement in funding and justification of revenue for approving the production presented to the SUS: a 19.8% growth in total production, comparing 2014 with 2015 and in the same period a 41.67% increase in hospital admissions approved and 16.77% increase in outpatient production. It is concluded that the paths defined by the designed model should be continued by the current and future managers. It is noteworthy, finally, the importance of maintaining strong initiatives to improve public management to society have greater access to health care and on the use of public resources.

Keywords: Economic and Financial Sustainability; Public Health Management, Private Health Management, SUS Billing.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Sustentabilidade – Saúde da Organização.....	19
Figura 2: Unidades de Gestão Estadual e Municipal de Acordo com a MAC .....	24
Figura 3: Capacidade Instalada do Hospital Estadual Azevedo Lima.....	28
Figura 4: Faturamento Apresentado X rejeitado 2014 – Hospital Estadual Azevedo Lima....	29
Figura 5: % de Glosa Apresentado X Rejeitado Hospital Estadual Azevedo Lima 2014 .....	30
Figura 6: Acompanhamento do Faturamento Apresentado e Rejeitado SUS – 2015.....	30
Figura 7: Capacidade Instalada do Hospital .....	32
Figura 8: Acompanhamento Glosa: Apresentado X Rejeitado 2015.....	33
Figura 9: Acompanhamento Glosa nos Serviços Habilitados pelo SUS .....	34
Figura 10: Modelo de Faturamento dentro da Unidade Hospitalar .....	37
Figura 11: Matriz de decisão nos cuidados para saúde.....	41
Figura 12:: Ponto de Equilíbrio / Break-Even Point.....	44
Figura 13: Sistema de Saúde e Cuidados Sustentáveis.....	45
Figura 14: Modelo Utilizado para Priorização das Unidades de Acordo com índice de Rejeição de AIH.....	52
Figura 15: Painel de Metas do Governador para a Secretaria de Estado de Saúde .....	54
Figura 16: Estrutura do Comitê do Plano de Prioridades do Governador .....	55
Figura 17: Governador Luiz Fernando Pezão, capacita líderes responsáveis pelas metas e iniciativas estratégicas do governo até 2018, no auditório do prédio anexo ao Palácio Guanabara, zona sul do Rio de Janeiro .....	55
Figura 18: Plano de Governança para Acompanhamento de Metas do Governador.....	56
Figura 19: Acompanhamento e planejamento da Meta com os Líderes.....	57
Figura 20: Detalhamento de Metas e Iniciativas – Visão Geral ( continuação) .....	57
Figuras 21, 22 e 23: Detalhamento de Metas e Iniciativas – Visão Geral ( continuação) .....	58
Figura 24; Detalhamento de Metas e Iniciativas – Visão Geral ( continuação) .....	59
Figura 25: Fluxo de Trabalho da Assessoria de Gestão para Melhoria de Faturamento SUS..	60
Figura 26: Operação Padrão de um Hospital para Acompanhamento da Produção e Faturamento .....	62
Figura 27: Proposta de Valor para uma Unidade Hospitalar .....	63
Figura 28: Total de Leitos Hospitalares da SES em 2014 .....	67
Figura 29: Total de Leitos em Unidades Fechadas – UTI’s da SES em 2014.....	67

Figura 30: Orçamento da Saúde que o Estado Deixou de Aplicar em 2015.....	70
Figuras 31e 32: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015 .....	81
Figura 33: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015 .....	82
Figura 34: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015 Internações hospitalares aprovadas	83
Figura 35: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015 Produção Ambulatorial aprovadas.	84

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Gastos com Saúde em % do PIB Público e Privado – OECD 2011 .....	15
Gráfico 2: Saúde Suplementar Frente às demandas de um Mundo em Transformação .....	15
Gráfico 3: A Saúde é o 4º maior gasto do brasileiro: cerca de 20% de sua renda.....	16
Gráfico 4: FATURAMENTO SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH ...	22
Gráfico 5: Faturamento Unidades Hospitalares - Comparativo 2014 X 2015.....	22
Gráfico 6: Faturamento Sistema Informação Hospitalar - SUS.....	26

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Unidades de Gestão Estadual e Municipal de Acordo com a MAC .....	25
Quadro 2: Orçamento Temático – Saúde 2016.....	66
Quadro 3: Arrecadação X Previsão e Meta de Arrecadação.....	73
Quadro 4: Receita Arrecadada por Categoria Econômica e Origem .....	73
Quadro 5: Evolução Mensal da Receita do Estado do Rio de Janeiro.....	74
Quadro 6: Receita Orçamentária Arrecadada por Alíneas.....	75
Quadro 7: Alterações - Autorização Orçamentária.....	76
Quadro 8: Evolução Mensal da Despesa do Estado do Rio de Janeiro .....	77
Quadro 9: Demonstrativo da Execução das Despesas Por Função.....	77
Quadro 10: Resultado Orçamentário do Estado do Rio de Janeiro .....	78
Quadro 11: Resultado Orçamentário .....	78
Quadro 12: Ações e Serviços Públicos de Saúde.....	79

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: DRE - Demonstrativo Contábil Operacional – Agosto 2015.....	27
---	----

## **LISTA DE SIGLAS**

AG - Assessoria de Gestão do Gabinete do Secretário  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar  
CF - Constituição Federal  
CGE - Contadoria Geral do Estado  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira  
CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro  
ERJ - Estado do Rio de Janeiro  
FNS - Fundo Nacional de Saúde  
GLOSA - Produção de faturamento apresentada rejeitada  
HEAS - Hospital Estadual Albert Schweitzer  
HECC - Hospital Estadual Carlos Chagas  
HEGV - Hospital Estadual Getúlio Vargas  
HEMORIO - Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti  
HERF - Hospital Estadual Rocha Faria  
HESM - Hospital Estadual Santa Maria  
IEC - Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemayer  
IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro  
IEDE - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia  
IEDES - Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária - Curupaiti  
LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública do Rio de Janeiro Noel Nutels  
LOA - Lei Orçamentaria Estadual  
MAC - Media e Alta Complexidade  
MCASP - Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público  
MS - Ministério da Saúde  
PAM - Posto de Assistência Médica  
PPP – Parceria Público Privada  
RAM - Relatório de Acompanhamento Mensal  
SAECA - Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação



SAS - Subsecretaria de Atenção à Saúde

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SUBUS - Subsecretaria de Unidades de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Subsecretaria de Vigilância Sanitária

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

UGR - Unidade Gerencial de Resultado da Casa Civil - Palácio Guanabara

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Panorama do Financiamento SUS (Sistema Único de Saúde) – Ótica Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA - ANTECEDENTES .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. A Sustentabilidade Econômico–Financeira das Organizações de Saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>3. DEFININDO O PROBLEMA .....</b>	<b>35</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>39</b>
<b>5. OBJETIVO.....</b>	<b>47</b>
<b>6. METODOLOGIA.....</b>	<b>64</b>
<b>7. O CENÁRIO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....</b>	<b>66</b>
<b>8. RESULTADOS .....</b>	<b>80</b>
<b>9. CONCLUSÃO .....</b>	<b>85</b>
<b>10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>90</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO A – Emenda Constitucional n. 29, de 13 setembro de 2000 .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO B – Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO C – Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO D – Lei complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO E – Resolução-RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO F – SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS.....</b>	<b>126</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das mais importantes vitórias da sociedade brasileira em termos de políticas sociais. Criado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8080/1990 e 8142/1990, o SUS introduz uma concepção de Saúde como Direito de todos<sup>1</sup>.

O tema desse trabalho, já expresso pelo título - **Sustentabilidade Econômico-Financeira das Organizações de Saúde do Estado do Rio de Janeiro** -, é relevante, uma vez que será que será por esta via que se garantirá a geração de valor para a saúde. No caso da saúde pública em nível estadual, valor é a assistência médica à população. Qualidade e custo precisam ser sustentados por meio de geração de receita, o que inclui a capacidade de manter a receita atual e buscar mais receita.

### 1.1 Panorama do Financiamento SUS (Sistema Único de Saúde) – Ótica Geral

Historicamente, o financiamento público da saúde no Brasil tem sido fortemente dependente de recursos federais. Em 1980, por exemplo, o financiamento federal correspondia a 75% do gasto público total. Em anos recentes (2012), sobretudo em consequência do aumento dos recursos municipais, essa participação tem sido em torno de 51%.

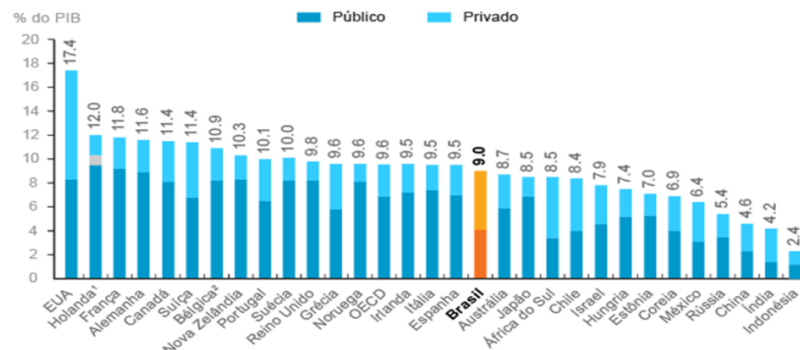
No ano de 2011, o gasto com saúde total foi estimado em o equivalente a 9% do PIB, sendo 46% com recursos públicos (gastos dos governos federal, estaduais e municipais com consultas, exames, internações, medicamentos, etc.) e 54% com recursos privados (gastos das famílias e dos planos de saúde com consultas, exames, internações, medicamentos, etc.).<sup>2</sup> Esta relação pode ser conferida no gráfico 1, que ainda compara a situação do Brasil com outros países:

---

<sup>1</sup> Ver detalhado em Anexos

<sup>2</sup> Ministério da Saúde 2012 - Conjuntura – Valor Setorial out/2012, p. 8

### Comparação dos gastos totais em saúde em relação ao PIB de 2009



1. Na Holanda, não é possível distinguir claramente a proporção pública e privada relacionada aos investimentos.  
2. Gastos totais excluindo investimentos.

Fonte: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database

**Média OECD: 9,6% PIB**

Gráfico 1: Gastos com Saúde em % do PIB Público e Privado – OECD 2011

Existe pouco espaço para a elevação dos gastos com saúde no Brasil. A carga tributária nas nações mais desenvolvidas ultrapassa cerca de 36% do PIB (carga no Brasil), chegando a quase 60% na Suécia. Nos países da América Latina, esse índice fica na faixa dos 15%, exceto no Brasil e no Uruguai, onde a carga tributária está próxima dos 40%.

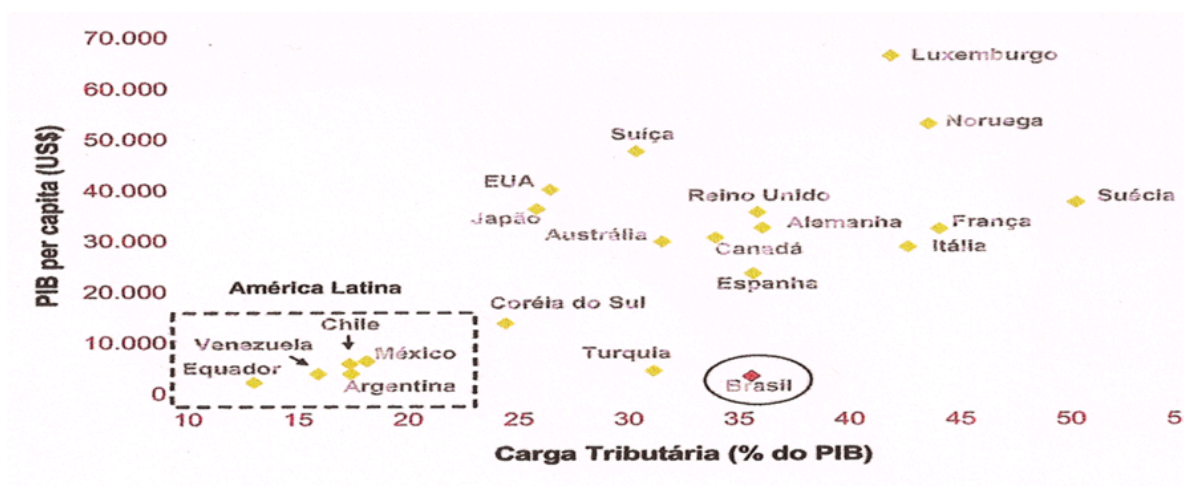


Gráfico 2: Saúde Suplementar Frente às demandas de um Mundo em Transformação

Fonte: Rosenberg & Associados

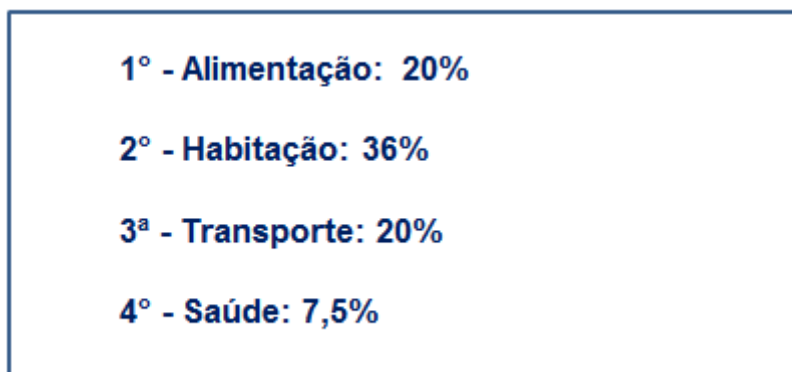


Gráfico 3: A Saúde é o 4º maior gasto do brasileiro: cerca de 20% de sua renda  
Fonte: IBGE – POR: 2008-2009

Até os primeiros anos da década de 1990, o financiamento federal contou com uma importante participação de recursos da Previdência Social, basicamente pela contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salário. Na década anterior, essa contribuição respondeu, em média, por 80% do gasto federal com saúde. Na Constituição de 1988, com a criação do Orçamento da Seguridade Social, foram instituídas contribuições sobre o faturamento das empresas (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS) e sobre o lucro líquido de empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido - CSLL), que também se incorporaram ao financiamento federal da saúde. A partir do início dos anos 1990, recursos originários de contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, lucro e movimentação financeira (esta última a partir de 1997) têm sido responsáveis, em média, por mais de 70% do financiamento federal da saúde.

Desde o início da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS - em 1990, o financiamento tem sido uma das questões centrais. Afinal, não se passa de um sistema de saúde dimensionado para 90 milhões de pessoas, como no auge da medicina previdenciária, para outro com responsabilidades atuais sobre mais de 200 milhões, sem um aporte significativo de recursos novos.

De fato, uma crise financeira eclodiu em 1993, quando, em virtude do aumento das despesas da previdência social, os recursos originários sobre a contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários, tradicionalmente utilizados para compor o financiamento da saúde, deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde.

Assim, diante das dificuldades de financiamento do SUS, começaram a surgir no âmbito do Legislativo, desde 1993, diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento setorial. Uma solução emergencial foi a criação da Contribuição Provisória

sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1996. Esta contribuição foi prorrogada até 2007 e, apesar de não ter sido exclusiva para a saúde, ao SUS ainda correspondia a maior parcela.

Nesta última década, o custo da saúde vem crescendo gradativamente. Quando o SUS foi pensado, ainda não se tinha tantas opções tecnológicas, drogas e medicamentos avançados como os encontrados na atualidade. Hoje o Brasil tem um custo na saúde correspondente a países de primeiro mundo. Uma vez que somos um país de terceiro mundo, este modelo não se sustenta e acompanha as evoluções tecnológicas, seja, por exemplo, em exames por imagem ou na indústria farmacêutica.

Não é fácil delimitar as funções das esferas de governo (federal, estadual e municipal) no planejamento, no financiamento e na execução das ações e dos procedimentos de média e alta complexidade, pois esta divisão não foi estabelecida em normas legais maiores que constituíram o SUS. Inicialmente, deve-se salientar que o desenvolvimento do SUS, conforme prevê a Constituição Federal (CF), é de responsabilidade das três esferas de governo, de forma concorrente, em suas respectivas áreas de abrangência, uma vez que o direito universal à saúde é dever do Estado (sem distinção) e o financiamento do sistema tem como fonte conjunta recursos do orçamento da União, dos estados (quando for referida à esfera estadual, subtenda-se sempre a inclusão do Distrito Federal) e dos municípios.

No ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29<sup>3</sup>, que promoveu a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando, com isto, um patamar mínimo de recursos da União, estados e municípios.

As fontes de financiamento da saúde, pela emenda constitucional nº 29, são:

- ✓ Na União: equivalente ao valor do ano anterior, acrescido da variação do PIB nominal, até que seja aprovada a sua regulamentação,
- ✓ Nos Estados: obrigados a gastarem 12% de sua receita em saúde,
- ✓ Nos Municípios: obrigados a gastarem 15% de sua receita em saúde.

Em uma entrevista coletiva do período de transição de cargo de ministro da Saúde em setembro de 2015, o Ministro Arthur Chioro coloca em questão as dificuldades de financiamento do sistema de saúde que o país irá enfrentar nos próximos anos, de acordo com a estimativa de orçamento para o ano de 2016. Chioro considera que o atendimento público de saúde pode entrar em colapso por falta de verbas financeiras. Sendo aprovado o projeto da Lei Orçamentária, na ocasião o então ministro afirmou que os recursos para pagar o custeio de

---

<sup>3</sup> Ver detalhado em Anexos

equipamentos de saúde (hospitais, ambulâncias, despesas de atendimento médico em geral) estariam comprometidos antes mesmo de chegar ao fim do mês de setembro de 2016, o que deixaria três meses descobertos. Na entrevista, Chioro declara ainda: *“Estando eu à frente do Ministério da Saúde, ou qualquer outro gestor público, com mais ou menos experiência, com mais ou menos compromisso, o que se aponta é uma situação inadministrável”*<sup>4</sup>.

Este cenário que se apontava nos levou a refletir sobre a necessidade de melhoria de eficiência em gestão para a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES RJ. *“É no momento de crise que precisamos inovar e buscar as melhores oportunidades com criatividade”* (Governador do Estado do Rio de Janeiro, Luiz Fernando de Souza, setembro 2015). No momento de estabilidade da economia e, principalmente, o de alta do valor do barril de petróleo, o Estado do Rio de Janeiro se beneficiou com recordes de arrecadação, sustentando as operações das unidades de saúde com garantia de receita de acordo com o índice constitucional de 12% que compete ao estado pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) e, desta forma, não dependendo diretamente de financiamento através do faturamento do SUS pelo Governo Federal, Ministério da Saúde. No momento de queda da arrecadação e todo cenário pessimista da economia em 2015, consequentemente, a arrecadação caiu, o que gerou um déficit financeiro importante nas contas do estado na ocasião. O governo do Estado ficou, nos últimos anos, muito dependente da cadeia produtiva do petróleo, não tendo diversificado suas fontes de receita. Isto, consequentemente, afetou diretamente a arrecadação. Se considerássemos que o governo fosse uma empresa, a estratégia seria diversificar estas fontes de receita com um leque de clientes, não se concentrando em um único e maior fonte. Desta forma, conseguir-se-ia diminuir o risco de dependência e alcançar-se-ia um ciclo contínuo de arrecadação.

*“A sustentabilidade vem de várias relações de causa e efeito que tem de ser gerenciadas”* (NOBREGA, 2004). Melhorias de resultados vêm de mais receita e custos mais controlados. No caso das Unidades Hospitalares sob gestão do Estado do Rio de Janeiro – ERJ, seus processos internos na operação precisaram ser revisitados, remodelados e orquestrados por meio de uma governança de gestão e capacitação gerencial, além de gestores que operem o dia a dia destas unidades de saúde. Esta disciplina da gestão, em ser praticada por gestores públicos, ainda é uma cultura ausente no setor.

Ao fazer este trabalho, uma das motivações foi poder experimentar conceitos e técnicas de gestão empresarial que fazem sentido e tem espaço para avançarem na gestão

---

<sup>4</sup> CHIORO, A. Entrevista coletiva. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 28 set., 2015.

pública. Foi muito motivador poder experimentar estes conceitos neste estudo. Por se tratar da área de saúde, costumo dizer para os médicos que gestão é muito análogo à medicina, e que eles próprios são verdadeiros gestores. Na medicina, tudo se começa por meio do diagnóstico, pelo histórico do paciente e da família. É a partir destas informações que o médico planeja sua intervenção, seja ela clínica ou cirúrgica. Em casos cirúrgicos, a intervenção é rápida; já quando o caso é clínico, deve-se tratar o paciente por meio de medicamentos. No caso da gestão é a mesma coisa - identificamos as oportunidades de melhoria e, a partir daí, com dados e fatos, iniciamos uma intervenção, às vezes cirúrgica, que precisa se resolver de imediato ao identificar ou, ainda, ir tratando de acordo com as circunstâncias encontradas pelo método de tentativa e erro.

Assim como exposto pela figura 1, o bom funcionamento da saúde deve equilibrar receitas de arrecadação e custos de manutenção:

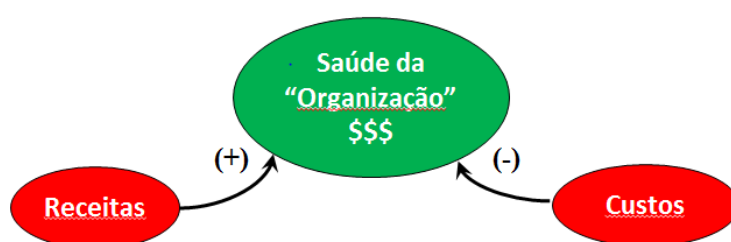


Figura 1: Modelo de Sustentabilidade – Saúde da Organização  
Fonte: Elaboração própria

Em 2015, levantamos o valor do teto financeiro do Estado do Rio de Janeiro (Unidades Próprias de Saúde), ou seja, o total repassado pelo Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde) à Secretaria Estadual de Saúde (Fundo Estadual de Saúde), que foi de R\$ 480.025.426,67.<sup>5</sup>

Este valor, na ocasião, apenas foi executável pelas Unidades Próprias Estaduais o valor de R\$ 282.045.701,06 (passível de faturamento). Já o total de Recursos Alocados no Estado e não passível de execução por faturamento estadual foi de R\$ 197.979.725,61.

A produção das unidades hospitalares tem como objetivo justificar estes recursos de acordo com um teto financeiro destinado ao Estado e, até mesmo, pleitear por novos recursos

<sup>5</sup> Fonte: Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação – SAECA em fevereiro de 2015.



e aumento do valor do teto. A proposta para este aumento, na situação encontrada, era quase impossível, pois sequer conseguia comprovar e faturar o valor do teto autorizado

No momento de recessão econômica previsto para os anos de 2015-2016 e para os próximos anos, torna-se crítico a necessidade de melhoria na eficiência e eficácia da gestão, primeiramente para justificar e garantir os recursos já existentes e, em segundo momento de estabilidade financeira, propor aumento de receitas federais com base em produção efetivamente apresentada por meio da melhoria dos processos de gestão e faturamento contra o SUS – Sistema Único de Saúde (Governo Federal/Ministério da Saúde).

Segundo Jurandi Frutuoso Silva (2007) – Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, os gestores estaduais têm se defrontado em seu cotidiano, por meio da conformação de redes de atenção à saúde de forma equânime e integral, com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade dentro do quadro de insuficiência financeira.

O financiamento da saúde é um desafio para os gestores. Em meios à turbulência econômica e política do país, acontece a transição de cargo de Ministro da Saúde (outubro de 2015). Em sua fala no discurso de posse no dia 06 de outubro de 2015, o Ministro Marcelo Castro destacou o seguinte ponto na questão de financiamento do SUS

Sei que é preciso atuar no sentido de superação do subfinanciamento da saúde. Este é um caminho difícil nos dias de hoje em razão da crise econômica conjuntural por que passa o país, mas isso não pode ser motivo para se abandonar a melhoria do orçamento público na saúde. São por volta de mil reais *per capita* ano, o que é insuficiente e deveria ser dobrado. Além do mais o subfinanciamento hoje está agravado com a queda das Receitas Correntes Líquidas, que em 2015 foram de 808 bilhões e em 2016 estão previstos apenas 759 bilhões. A queda das receitas públicas impacta diretamente no financiamento da saúde, agravando ainda mais o nosso crônico subfinanciamento. É preciso encontrar solução para o subfinanciamento da saúde uma vez que o SUS é a maior política pública de inclusão social (CASTRO, 2015).

## 2. JUSTIFICATIVA - ANTECEDENTES

Diante da questão apresentada anteriormente, priorizamos as Unidades Estaduais de Saúde descritas a seguir.

Pela análise inicial dos dados de faturamento apresentados pelos hospitais da SES, pode-se observar que 42% dos valores apresentados para o SUS em 2014 foram rejeitados, indicando oportunidades de melhoria no processo de faturamento e na gestão, algo importante para assegurar a saúde econômica e financeira destas unidades, complementar receitas e principalmente, garantir maior acesso, atendimento e melhor qualidade de vida para a população necessitada dos serviços de saúde. No auge da arrecadação do Estado, o recurso estadual disponível para a saúde era tão farto que pôde haver importantes avanços na assistência e no crescimento de novas unidades. Muitas vezes, ao chegar ao final do exercício fiscal, havia o risco de não conseguir gastar este recurso disponível, chegando-se frequentemente a gastos desnecessários e não prioritários para a ocasião. De acordo com a legislação vigente, torna-se o governador inelegível que não se consiga gastar o recurso disponível pelos 12% da arrecadação.

Diante deste cenário oriundo de anos anteriores, entendemos que, para os gestores da época, acabou não sendo uma prioridade melhorar a gestão e a captação de novas receitas. Conforme apontamos e desenvolvemos neste estudo, no momento de crise e queda da arrecadação, a melhoria de novas fontes de receita é fundamental para manter o que foi conquistado de avanço na assistência em funcionamento. No setor de saúde, é fundamental manter o equilíbrio entre a medicina e a gestão: não adianta grandes avanços e crescimento do acesso à assistência se não existe um equilíbrio econômico-financeiro para dar conta de todo avanço.

A seguir alguns dados que mostram exatamente as lacunas abertas entre o que foi apresentado e de fato recebido. De todo o montante da produção que foi apresentada para o SUS, temos os percentuais do que foi rejeitado.

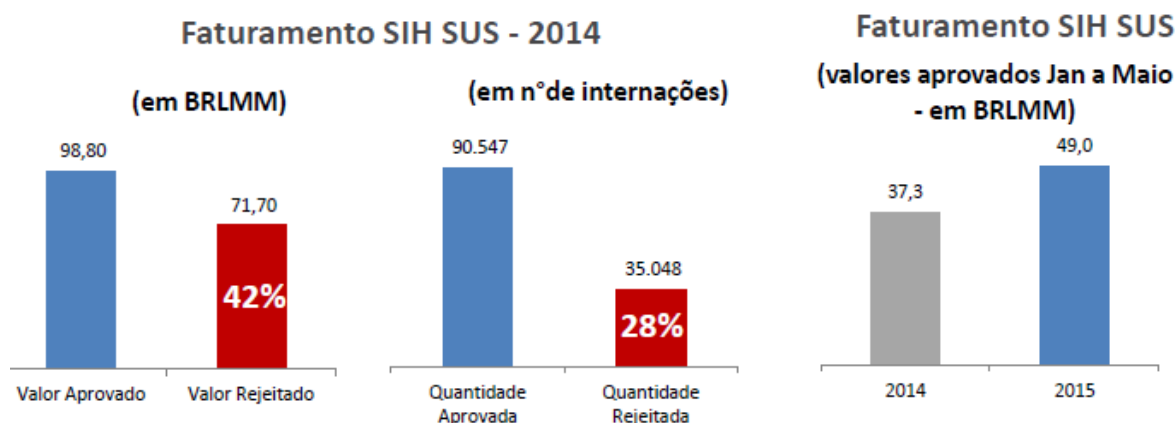


Gráfico 4: Faturamento SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH

Fonte: Dados Faturamento SIH SUS, 2013-2014 (Data SUS).

Pode-se observar no gráfico 5, também, que, dos 26 hospitais da rede, 8 tiveram o faturamento aprovado anual abaixo de BRL 1 MM. Além destes 8, outros 7 hospitais – ou seja, um total de 15 Unidades de Saúde -, tiveram o faturamento abaixo da média geral de 2015 para toda a rede, de BRL 4.5 MM. Estes dados corroboram a existência de oportunidades de melhoria no processo de gestão.

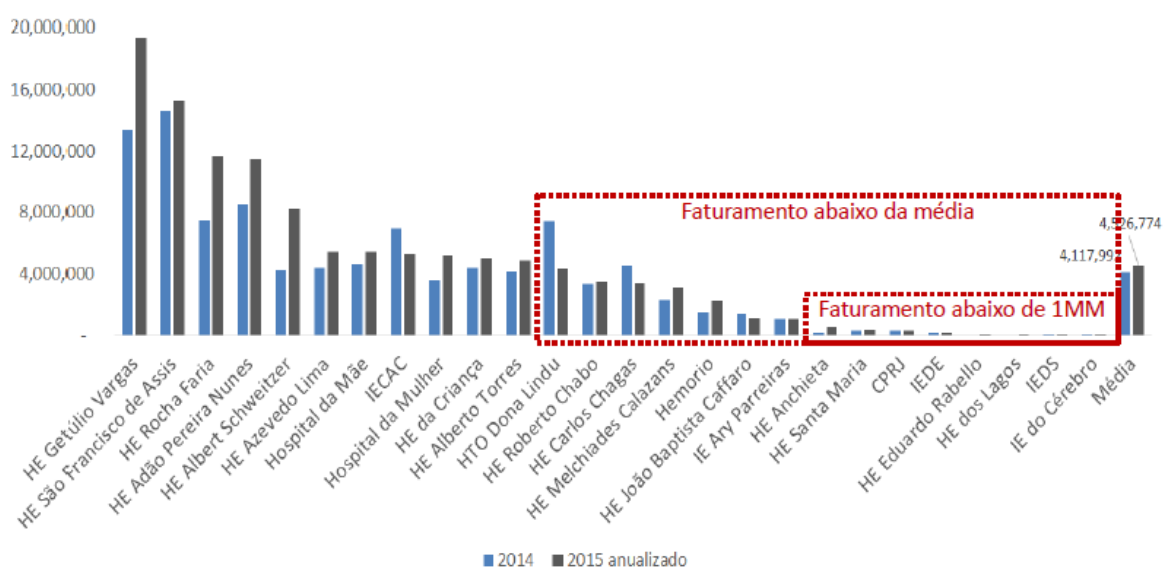


Gráfico 5: Faturamento Unidades Hospitalares - Comparativo 2014 X 2015

Fonte: Dados Faturamento SIH SUS, 2014-2015 (Data SUS)

No CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-, são mantidas pela SES-RJ 153 Unidades, considerando 29 UPAs 24 Horas, sendo 17 como Gestão Municipal, porém todas geridas por OSS – Organizações Sociais de Saúde - custeadas pela SES-RJ. Das 31 Unidades Estaduais próprias sob Gestão Municipal, temos além das 17 UPAs, os estabelecimentos a seguir (cujo teto financeiro se encontrava no Município do Rio de Janeiro): IECAC – Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, IEDE - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luz Capriglione, IEDS – Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária - Curupaiti, LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública do Rio de Janeiro Noel Nutels, Inst. São Sebastião, Posto de Assistência Médica - PAM Coelho Neto, Posto de Assistência Médica - PAM Cavalcanti, Hospital Estadual Carlos Chagas-HECC, Hospital Estadual Rocha Faria - HERF, Hospital Estadual Albert Schweitzer -HEAS, Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti - Hemorio, Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV, Hospital Estadual Santa Maria - HESM, Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais.

Ao se decidir iniciar este trabalho de acordo com a escolha do problema a ser resolvido, em um primeiro momento, identificamos, já de forma esperada, uma grande resistência dos gestores e operadores dos hospitais e, até mesmo, de áreas administrativas importantes nas interfaces críticas do processo de faturamento na própria estrutura de nível central da Secretaria de Estado de Saúde – SES. Este contratempo dificultou inicialmente o redesenho dos processos necessários para evoluir o trabalho.

Um dos principais papéis de um gestor atual é, para atingir resultados no trabalho, contornar os obstáculos do dia a dia com habilidade e sensibilidade com as pessoas. Saber gerir pessoas é uma habilidade fundamental para um gestor de saúde, pois é através da formação de um time que se aumenta a possibilidade de obter resultados diferenciados.

No decorrer e evolução do trabalho, conforme comentado anteriormente, ao se escolher um problema de gestão para ser resolvido, uma série de outros problemas de todos os tamanhos são descobertos no caminho. Identificamos uma demora significativa, ocasionada pelo protocolo geral (risco de atraso), na formalização dos processos internos administrativos dentro da própria SES. Na ocasião, a SUBUS – Subsecretaria de Unidades de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde-, enviava em torno de 200 folhas de cada vez para o protocolo geral da SES e levava, em média, de 30 a 45 dias para montar um processo administrativo.

Existem hospitais estaduais cadastrados no Ministério da Saúde como Gestão Municipal, destinando a receita para o município. Porém, é o Estado quem paga a OSS – Organizações Sociais de Saúde (pessoal, insumo, etc). No setor público, é preciso cumprir

tudo um ritual para que os processos possam evoluir dentro da maquina, o que foi deliberado em CIB – Comissão Intergestores Bipartite- 2693 de 26/10/2013 junto ao Secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro. A deliberação determina que os recursos alocados no teto MAC - Media e Alta Complexidade-, do Município sejam remanejados para o teto Estadual – Fundo Estadual de Saúde (FES).

Na figura 2 a seguir, podemos observar as unidades que estão oficialmente alocadas sob gestão estadual e gestão municipal. Desta forma, consegue-se determinar o caminho dos recursos oriundos da fonte do Ministério da Saúde através do CNES - Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde:

CNES	Nome Fantasia	Nome Empresarial	UF	Gestão
0012521	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
2270234	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	M
2273209	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	M
2273411	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	M
2290227	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
2295407	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	M
2298031	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES GERAL SAO GONCALO	SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
2298120	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER	RJ	M
2298724	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ANCHIETA	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
2696932	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO CHABO	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
2704579	SES RJ HOSPITAL REGIONAL GELIO ALVES FARIA	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
2814161	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TAVARES DE MACEDO	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	D
3784916	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL PREF JOAO BAPTISTA CAFFARO	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
5478898	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUDART	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE RIO DE JANEIRO	RJ	E
6586767	SES RJ HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
7065515	SES RJ HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
7185081	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
7516800	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
7529384	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL DOS LAGOS	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE SESRJ	RJ	E
CNES	Nome Fantasia	Nome Empresarial	UF	Gestão
0012769	SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DE DOENCAS DO TORAX ARY PARREIRAS	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
2273365	SES RJ INST EST SAO SEBASTIAO	SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DE INFECTOLOGIA SAO SEBASTIAO	RJ	M
2295067	SES RJ INST DE HEMATOLOGIA HEMORIO	FUNDACAO PRO INSTITUTO DE HEMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO	RJ	M
7267975	SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO	RJ	E
CNES	Nome Fantasia	Nome Empresarial	UF	Gestão
2291304	SES RJ CENTRO PSIQUIATRICO RIO DE JANEIRO	SES CENTRO PSIQUIATRICO RIO DE JANEIRO	RJ	M
5136962	SES RJ CENTRO DE TRAT DE ANOM CRANIOFACIAIS DO ESTADO CTAC	SES RJ CENTRO DE TRAT DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DO ESTADO	RJ	M

Figura 2: Unidades de Gestão Estadual e Municipal de Acordo com a MAC

Fonte: CNES - Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde

## 2.1. A Sustentabilidade Econômico–Financeira das Organizações de Saúde

No quadro 1, apresentamos o teto autorizado para Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro para a MAC - Média e Alta Complexidade -, o Repasse Fundo a Fundo do SUS - Sistema Único de Saúde.

Tipo:	Fundo a Fundo
UF:	RJ
Município:	RIO DE JANEIRO
Bloco:	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR
Componente:	LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC
Ação/Serviço/Estratégia:	TETO ESTADUAL DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR
Ano:	2015
Entidade:	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE FES
CPF/CNPJ:	35.949.791/0001-85
IBGE:	330455

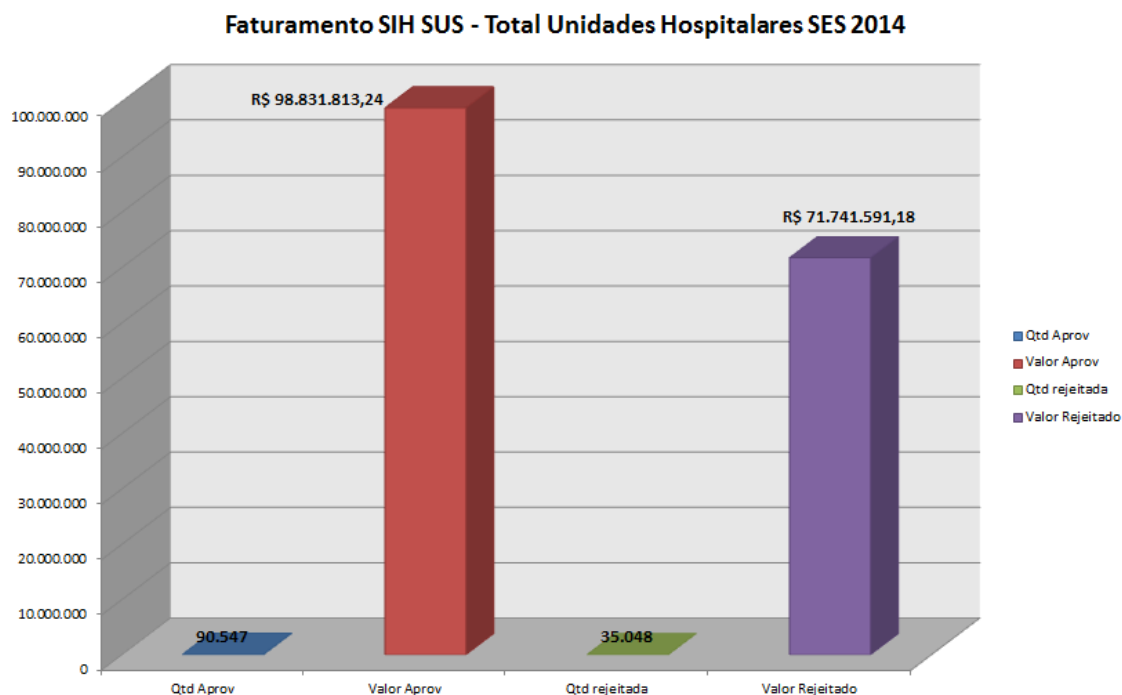
  

Competência/Parcela	Nº OB	Data OB	Banco OB	Agência OB	Conta OB	Valor Total	Desconto	Valor Líquido
01 de 12	802730	19/01/2015	001	022349	0000075582	16.478.962,00	1.074.739,75	15.404.222,25
12 de 12	800311	05/01/2015	001	022349	0000075582	4.934.143,15	0,00	4.934.143,15
02 de 12	808159	06/02/2015	001	022349	0000075582	16.114.531,75	59.689,17	16.054.842,58
ANUAL						192.658.110,96		

Quadro 1: Unidades de Gestão Estadual e Municipal de Acordo com a MAC

Fonte SIH – SES fevereiro 2015

Com base nas informações do SIH – Sistema de Informação Hospitalar SES, foi realizado um estudo em fevereiro de 2015 a partir do valor apresentado por todas as unidades próprias do Estado e o que foi pago ao fundo estadual e rejeitado. Esta diferença entre o que foi pago e rejeitado, no setor privado, é chamada de glosa. Analisar estes dados foi uma das grandes motivações deste estudo. Para contribuir no financiamento destas unidades, no momento de crise do Estado, a busca por receitas novas e a ideia da sustentabilidade econômico–financeira fez todo o sentido a partir daquilo que chamamos de “dinheiro novo”. Ao abordar este problema com os gestores das unidades, apresentamos o quadro da situação e nos sensibilizamos sobre a existência de recursos paralisados dentro da própria operação, complementando, com este recurso, a possibilidade de, tal como foi dito anteriormente, manter as unidades em plena gestão.



**Gráfico 6: Faturamento Sistema Informação Hospitalar - SUS**

Fonte SIH/SES - AG - Assessoria de Gestão Gabinete do Secretario

Para ser didático neste estudo, priorizamos, a título de demonstração, as três unidades com maiores lacunas entre o faturamento apresentado ao SUS e o faturamento aprovado. A seguir, apresentamos um breve histórico de cada unidade que foi objeto deste estudo:

#### HEAL - Hospital Estadual Azevedo Lima

Com 70 anos de existência e referência no atendimento de alta e média complexidade à população da região Metropolitana II, o HEAL abrange uma população de 2 milhões de pessoas em 7 municípios. É classificado como hospital geral e contempla os seguintes serviços: neurotrauma, Cirurgia de Trauma/Ortopedia, Gestação de alto-risco, Medicina intensiva Adulto e Neonatal, Ambulatório de seguimento pós-alta e Ambulatório de HIV/AIDS.

Tabela 1: DRE - Demonstrativo Contábil Operacional – Agosto 2015

UNIDADE GERENCIADA: HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA - NITERÓI/RJ		AGOSTO / 2015
OS RESPONSÁVEL: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES		
DEMONSTRATIVO CONTÁBIL OPERACIONAL		
Regime de Competência		
<b>A = SALDO ACUMULADO ANTERIOR</b>		0,00
<b>Receitas Operacionais</b>		
Repasse Contrato de Gestão (Custeio)		14.607.275,58
Repasse Contrato de Gestão (Investimento)		0,00
<b>Sub-Total (1)</b>		14.607.275,58
Resultado de Aplicação Financeira		29.093,95
Reembolso de Despesas		0,00
Obtenção de Recursos Externos à SES/RJ		0,00
Outras Receitas		0,00
<b>Sub-Total(2)</b>		29.093,95
<b>B = Total das Receitas (1) + (2)</b>		14.636.369,53
<b>Despesas CUSTEIO</b>		
Salários (610201;620199;620101;610204)		4.369.590,55
Benefícios (610202;620102)		44.809,59
Encargos e Contribuições (610203;620103)		988.821,83
Indenizações e Avisos Prévios (Rescisões) (6102010010;6201010010)		0,00
Provisões (13ª + Férias)(6102010002;0003;0005;0006;0008;0009;6201010002;0003;0005;0006;0008;0009)		595.432,85
Outras Despesas de Pessoal (620104)		5.520,00
<b>Sub-Total (3)</b>		6.004.174,82
<b>Materiais de Consumo (4) (6103;6202)</b>		1.628.842,13
<b>Serviços de Terceiros (5)(6105;6203;620306;620302;620399;610407)</b>		6.636.652,24
<b>Serviços Públicos (6) (620302)</b>		14.135,55
<b>Tributárias/Financeiras (7) (610407;620306;6210)</b>		15.997,66
<b>Outras Despesas Operacionais (8) (6105;620399;6204)</b>		323.020,32
<b>C = Total das Despesas CUSTEIO (3)+(4)+(5)+(6)+(7)+(8)</b>		14.622.822,72
<b>Despesas INVESTIMENTO</b>		
Equipamentos		353,93
Móveis e Utensílios		0,00
Intangível (Direito e uso)		13.192,88
Veículos		0,00
<b>D = Total Despesas Investimento</b>		13.546,81
<b>E = TOTAL GERAL DE DESPESAS (C+D)</b>		14.636.369,53
<b>F = SALDO ACUMULADO ATUAL (A+B-E)</b>		0,00

Fonte: Hospital Estadual Azevedo Lima – Instituto Sócrates Guanaes

O quadro acima apresenta como exemplo a estrutura de custo de uma dessas unidades hospitalares. No setor privado de saúde, costumamos analisar 2 rubricas importantes que, de modo geral, garantem a sustentabilidade econômico-financeira. São elas a rubrica de pessoal (custo fixo) e a rubrica de suprimentos (custo variável), que varia de acordo com a demanda. Estas duas rubricas somadas representam em torno de 90 a 95% de um custeio mensal de uma estrutura hospitalar. Estes mesmos padrões se repetem em uma estrutura de custo de uma unidade hospitalar pública. Este é um olhar importante, tanto para um gestor público, quanto para um gestor privado, dentro daquela ideia da disciplina da gestão que utiliza conceitos oriundos do setor privado e os aplica no setor público.



A figura a seguir apresenta alguns dados sobre a estrutura do HEAL:

QUANTITATIVO DE LEITOS POR SETORES	
EMERGÊNCIA:	07 leitos na Unidade de Cuidados Intensivos
	09 leitos na Unidade Semi-intensiva
	20 leitos na Unidade de Cuidados Clínico - Cirúrgicos
	05 leitos na Unidade Pediátrica de cuidados clínico - cirúrgicos
	01 leito na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
CTI ADULTO	30 leitos
UNIDADE DE INTERNAÇÃO	94 leitos
UPO	05 leitos
UTI NEONATAL	07 leitos
MATERNIDADE	59 leitos
<b>Total: 237 leitos</b>	
CAPACIDADE CIRÚRGICA INSTALADA	
CENTRO OBSTÉTRICO	04 leitos pré-parto (1)
	04 leitos pré-parto (2)
	03 salas cirúrgicas
CENTRO CIRÚRGICO	06 salas cirúrgicas
	06 leitos de Recuperação Pós Anestésica




Figura 3: Capacidade Instalada do Hospital Estadual Azevedo Lima

Fonte: HEAL / Instituto Sócrates Guanaes - ISG 2015

Estudo realizado em fevereiro de 2015 com base no histórico apresentado em 2014<sup>6</sup>.

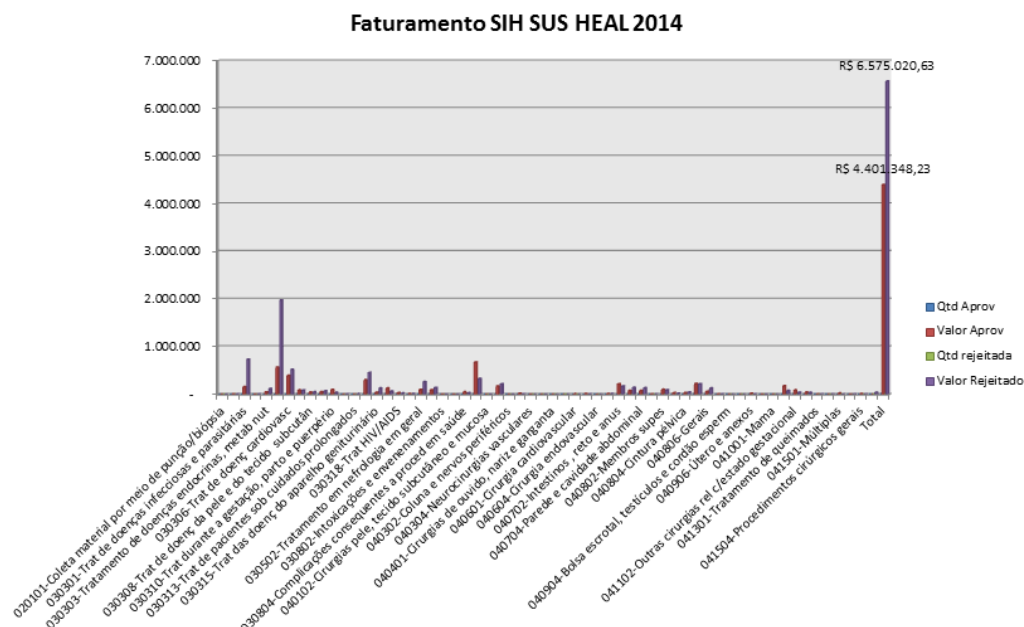


Gráfico 7: Faturamento – SIH - Hospital Estadual Azevedo Lima – 2014

Fonte SIH/SES - AG - Assessoria de Gestão Gabinete do Secretario

<sup>6</sup> Ver detalhado em Anexos

No quadro acima, apresentamos um histórico que demonstra as AIH – Autorização de Internação Hospitalar - que são apresentadas ao SUS, abertas por tipo de procedimento.

Já a figura 4 mostra a produção apresentada e a produção rejeitada por valores em reais:

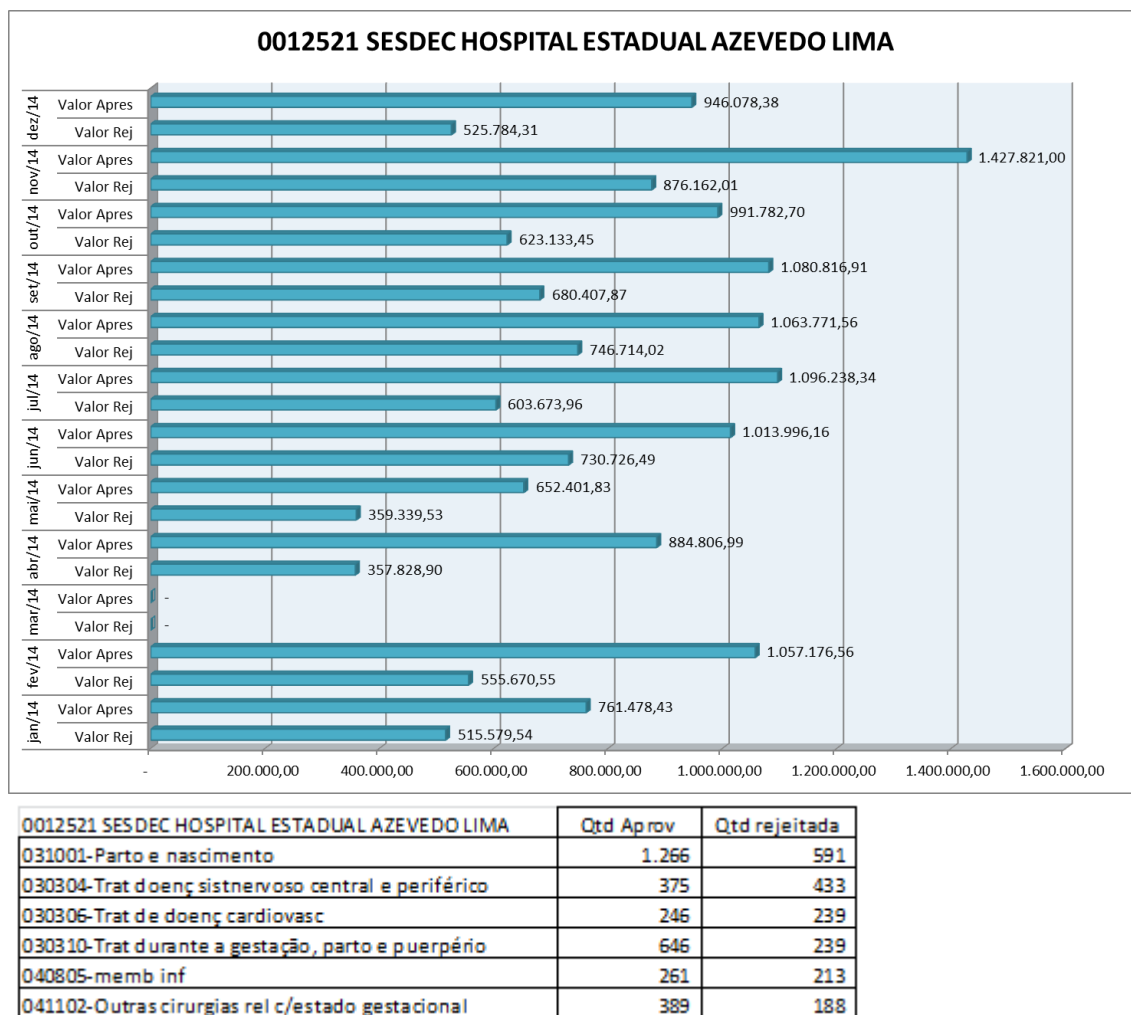


Figura 4: Faturamento Apresentado X rejeitado 2014 – Hospital Estadual Azevedo Lima  
Fonte SIH/SES - AG - Assessoria de Gestão Gabinete do Secretário

As figuras 5 e 6 apresentam a diferença entre a produção apresentada e a produção rejeitada, justamente a diferença que chamamos de glosa:

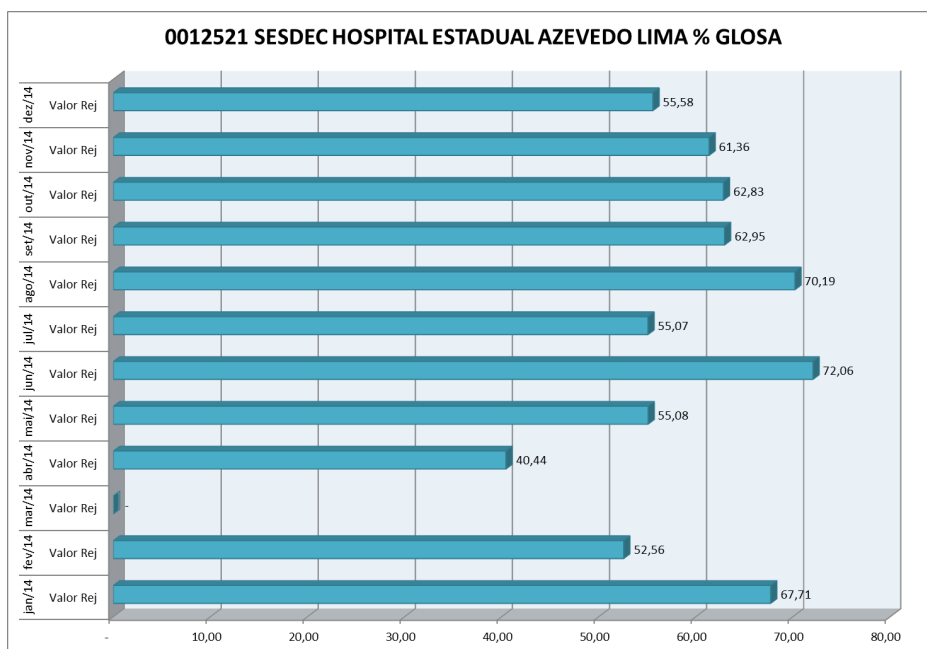


Figura 5: % de Glosa Apresentado X Rejeitado Hospital Estadual Azevedo Lima 2014

Fonte SIH/SES - AG - Assessoria de Gestão Gabinete do Secretário

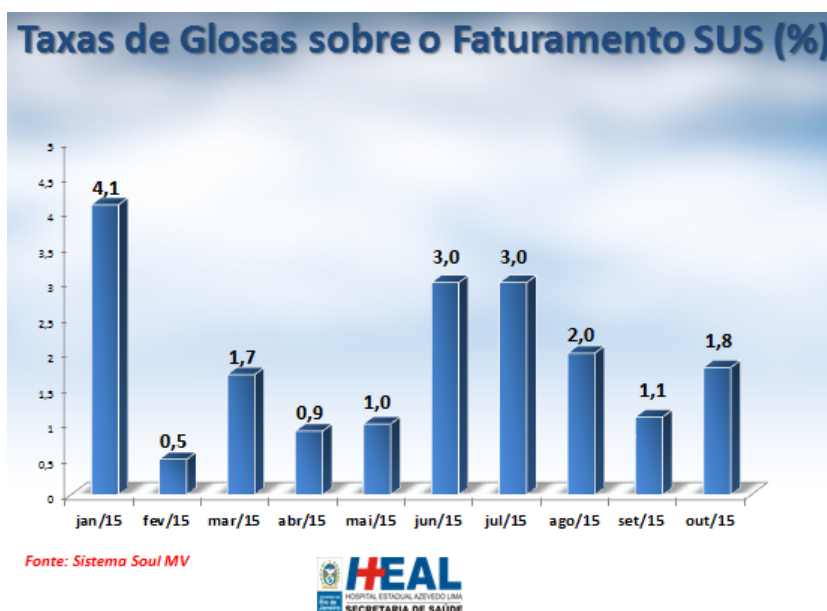


Figura 6: Acompanhamento do Faturamento Apresentado e Rejeitado SUS – 2015

Fonte: HEAL / Instituto Sócrates Guanaes - ISG 2015 / Sistema Soul MV

## HEA - Hospital Estadual Anchieta

A Secretaria Estadual de Saúde registra que a unidade existe há 35 anos. Após o início da gestão pela Organização Social de Saúde – OSS-, a Pró Saúde implementou novos protocolos e dimensionou equipes de acordo com o perfil desenhado para a unidade.

Mesmo não atendendo diretamente à população local, é uma unidade referenciada por ser uma espécie de retaguarda do hospital do Cérebro e outras unidades da secretaria.

A seguir, apresentamos um estudo realizado em fevereiro de 2015 com base no histórico apresentado em 2014<sup>7</sup>:

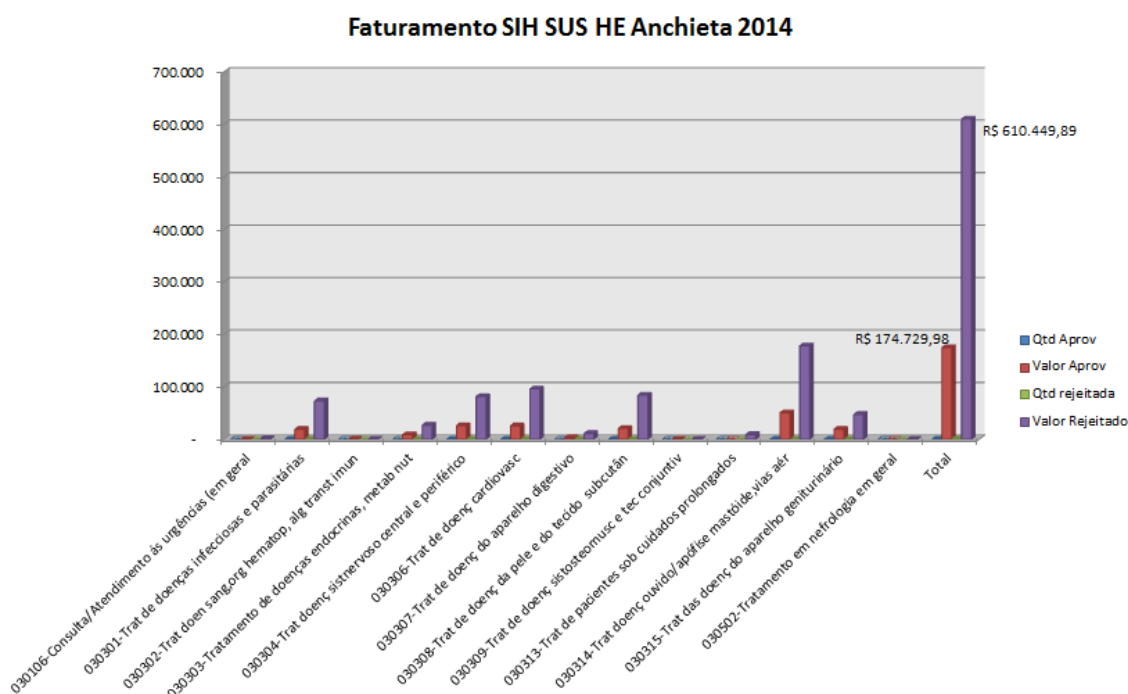


Gráfico 8: Faturamento SIH SUS HE Anchieta 2014

Fonte SIH/SES - AG - Assessoria de Gestão Gabinete do Secretário

## IEC - Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer

O Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer se estrutura com perfil de hospital para atenção neurológica e neurocirúrgica de alta complexidade para demanda de internação, ambulatorio e tratamento de epilepsia referenciado através da Secretaria de Estado de Saúde

<sup>7</sup> Ver detalhado em Anexos.

do Estado do Rio de Janeiro (SES). Em 2016, o IEC foi referência para tratamento dos casos de Microcefalia no Estado.



Figura 7: Capacidade Instalada do Hospital  
Fonte: IECPN / Pró Saúde 2015

O gráfico 16 apresenta um estudo sobre o faturamento ao SUS realizado em fevereiro de 2015 com base no histórico apresentado em 2014<sup>8</sup>:

<sup>8</sup> Ver detalhado em Anexos

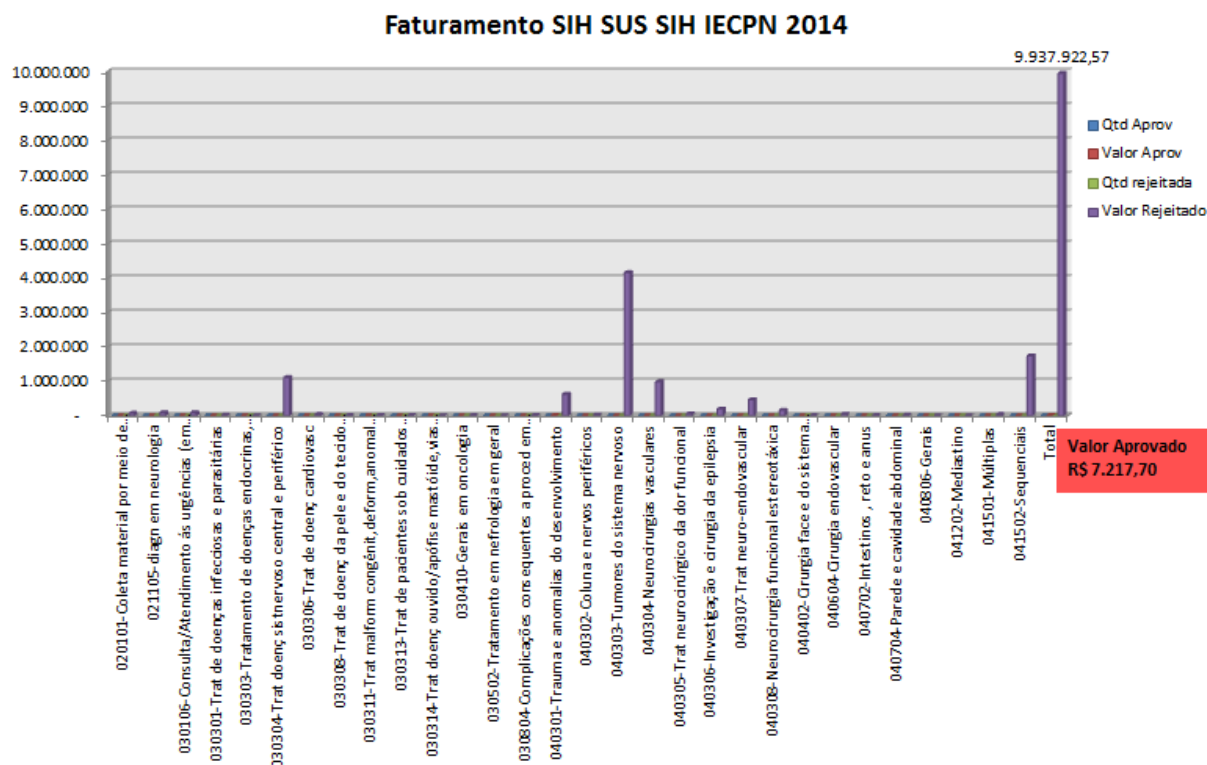


Gráfico 9: Faturamento SIH – Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemayer

Fonte SIH/SES - AG - Assessoria de Gestão Gabinete do Secretário

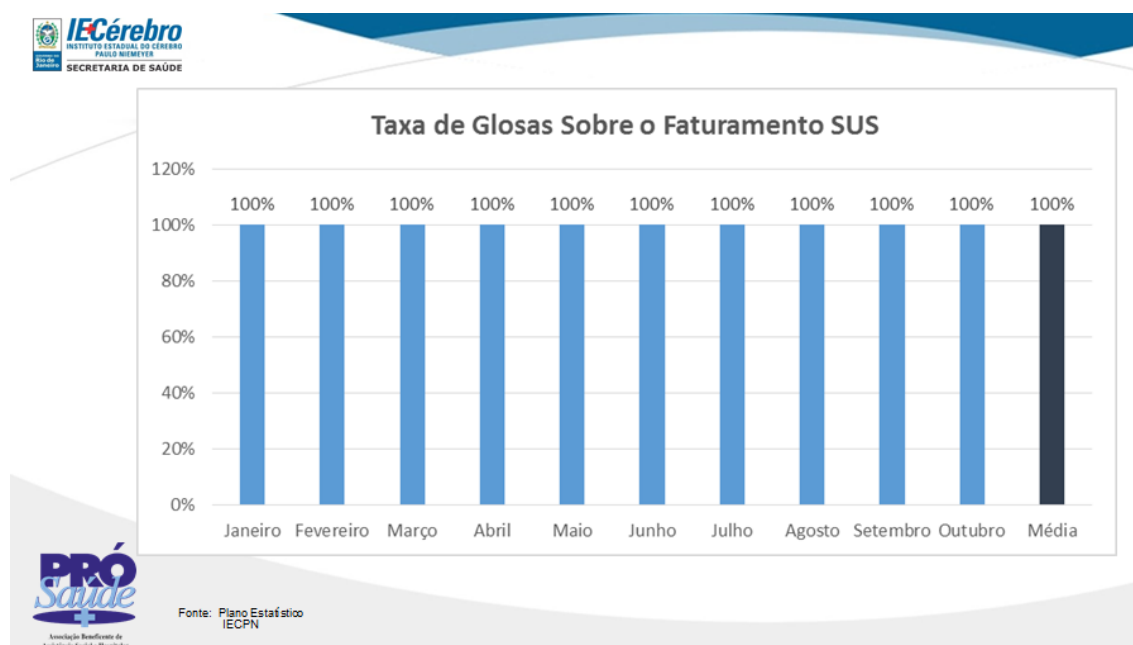
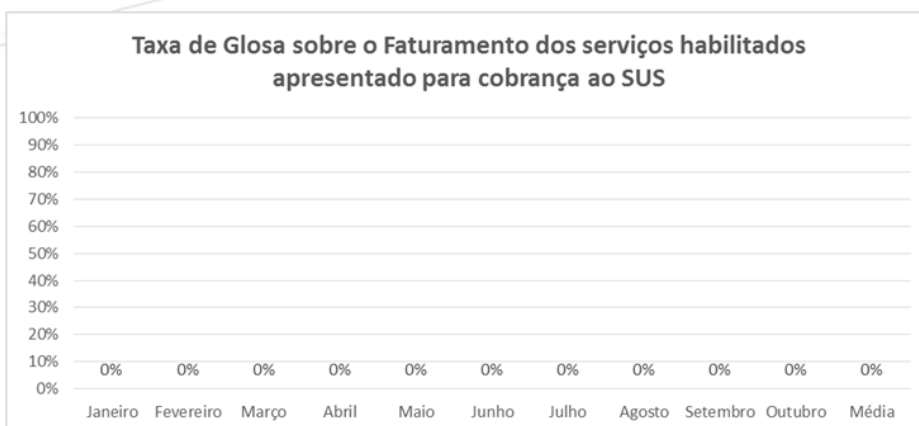


Figura 8: Acompanhamento Glosa: Apresentado X Rejeitado 2015

Fonte: Plano Estatístico IECPN / Pró Saúde



**Figura 9: Acompanhamento Glosa nos Serviços Habilitados pelo SUS**

Fonte: Plano Estatístico IECPN / Pró Saúde

Como conferimos no gráfico acima, em todos os meses a glosa foi zero, pois 100% dos leitos não estavam habilitados para atendimento pelo Ministério da Saúde, uma vez que este último não aprovou o faturamento apresentado. Esta lacuna se resolveu com a habilitação dos leitos, que se resolveu após a conclusão deste estudo, sendo que não houve uma nova medição de apresentação e rejeição por término do trabalho de acompanhamento em 2016.

### 3. DEFININDO O PROBLEMA

Sabemos que a palavra mágica do mundo empresarial é gerar valor. Sempre se faz a reflexão nas empresas de que gerar valor é o maior objetivo para uma empresa, é o que mantém ela viva e que garante a sua existência. Tal valor nada mais é do que gerar mais receitas e obter menos custo, assim você gera riqueza e retribui o capital investido dos acionistas e entrega qualidade produtos e serviços para seus clientes. Pensei em cima deste conceito, de que forma poderíamos gerar valor para o setor público e refletimos que nosso maior objetivo seria gerar valor para a população.

Percebemos que sempre que as necessidades são maiores que os recursos disponíveis precisamos de gestão e que, segundo o próprio Secretário Estadual Felipe Peixoto disse em uma das reuniões que tivemos, o Estado é uma obra inacabada. Eu complementei, dizendo que da mesma forma é a gestão - sempre buscando oportunidades de melhorias. Gestão nada mais é do que se organizar para atingir objetivos, definir os principais processos de trabalho e identificar, capacitar, remanejar pessoas com competências adequadas para operarem estes processos de trabalho, sempre em sinergia com o ambiente, região no caso do setor público e mercado na lógica privada.

Foi a partir do diálogo entre esta lógica privada e o setor público que identifiquei um grupo de servidores altamente qualificados na SES que eram os Especialistas em Gestão, grupo que havia feito concurso público e foi preparado para ser gestor de saúde da secretaria. Com suas competências em gestão, a ideia seria usar estes especialistas para apoiar e até serem os dirigentes de pastas importantes na gestão pública. Tive a oportunidade de conversar com este grupo e fazer uma apresentação de um caso de gestão desenvolvido num hospital privado, de como fizemos para melhorar a produtividade e captar mais receita dos convênios, assim gerando mais valor. Ao apresentar este caso, discutimos que havia o mesmo caminho para avançar na SES, existir uma receita repensada dentro das unidades hospitalares, algo que sequer era apresentado para o SUS. Concluímos naquela discussão que o mesmo que acontecia num hospital privado se aplicava também aos hospitais públicos. O grupo de especialistas em gestão da SES se motivaram muito com esta possibilidade, e começamos a avançar estruturando a Assessoria de Gestão do Gabinete do Secretário com ajuda destes especialistas.

Na mesma ocasião, também fizemos um levantamento e diagnóstico da qualificação em gestão dos nossos diretores de hospitais. Entendemos que o trabalho não era somente



melhorar os processos de gestão da secretaria, mas também era preciso capacitar estes gestores a operar estas unidades da melhor forma. Na mesma reunião em que apresentei o modelo privado para os especialistas em gestão da SES, convocamos todos os dirigentes de hospitais para entenderem que iríamos caminhar no sentido da gestão. Definimos juntos o problema que iríamos tratar, apresentamos os dados levantados por unidades de faturamento e glosa e o potencial que poderíamos alcançar de resultados se os números fossem melhorados. Naquele momento, o compromisso com a gestão, governança, qualidade e capacitação foram pactuados. Lembro que nesta reunião com diretores de hospitais, estes foram ávidos por saber se a secretaria iria acertar as contas em atraso, se iríamos liberar o dinheiro que estava em falta para pagamento e que ao tomarem conhecimento do modelo. Foi dito que iríamos juntos construir novos caminhos para liberar um recurso que ficava “preso” dentro da própria operação deles. Foi uma quebra de paradigma.

Segundo Tania Furtado (in: OLIVEIRA; KASZNAR, 2015), percebemos que o grande desafio de formar lideranças executivas por profissionais diretamente responsáveis pela condução dos destinos das organizações de saúde passa por funções de determinados caminhos no nosso pensamento sobre o âmbito da gestão na tarefa tão importante em conjugar os processos cognitivos na formação educacional para se alcançar produtividade, competitividade e avanços nas atividades humanas. Isto se mostra tanto mais válido no âmbito da administração e dos processos de gestão. Os gestores enfrentam diariamente desafios que exigem respostas rápidas que garantam a sobrevivência das organizações, bem como as demandas da sociedade.

Neste trabalho, ao ser escolhido este problema complexo para ser resolvido, um dos maiores motivadores para avançar foi justamente a possibilidade de exercitar o pensamento estratégico nos gestores da administração pública. Este exercício e o diálogo entre conceitos privados, traduzidos para o setor público, foi muito motivador. Nada melhor do que desenvolver um caso prático de gestão “in loco” na gestão do dia a dia da organização.

De acordo com Tania Furtado (in: OLIVEIRA; KASZNAR, 2015), é necessário migrar das questões puramente econômicas e administrativas para poder agir sobre as questões de ordem social, tecnológica, política e cultural que marcam o ambiente da saúde nos dias de hoje. Percebe-se que o grande desafio para formar profissionais líderes responsáveis pela condução e destino das organizações de saúde é o de preparar pessoas para pensar o problema de forma multifatorial, com uma visão mais ampla para os desafios do futuro de repensar a saúde e sua complexidade. Quando pessoas e organizações se juntam para refletir com a finalidade de rever as práticas profissionais, as demandas da sociedade e as

oportunidades para melhorar a organização, é possível formar um ambiente de aprendizado para desenvolver o pensamento e disciplina da gestão, desta forma desenvolvendo o aprendizado e conhecimento do grupo de gestores e especialistas na saúde. Tal foi o caminho que encontramos na SES.

No ano de 2015, o cenário das unidades do Estado consistia na ausência de informações do teto financeiro das unidades próprias de saúde, e, ainda, na falta de definição, para faturamento contra o SUS, do que seria componente ambulatorial e hospitalar.

Em relação aos processos de trabalho, constava a ausência de setor técnico que fosse estabelecido como ponto de apoio ou suporte técnico das unidades próprias no que tange ao faturamento das mesmas, assim como apresentado a seguir pelo gráfico 19. Em suma, de acordo com o que já foi descrito neste estudo, faltava método de trabalho e senso de prioridade para que este processo fosse implantado em sua plenitude.

Quando nos referimos a Faturamento, este é um processo que se inicia dentro da operação na própria Unidade de Saúde, em seus processos internos de trabalho. Este modelo vai desde o momento em que é aberto um boletim de atendimento até a evolução do prontuário médico no decorrer da internação e, por fim, a alta médica ou óbito do paciente. No momento em que este processo se encerra, inicia-se uma nova etapa de consolidação das informações para apresentação da produção de faturamento. Este faturamento será, então, remetido e apresentado ao SUS via sistema, onde a mesma é direcionada ao nível central.

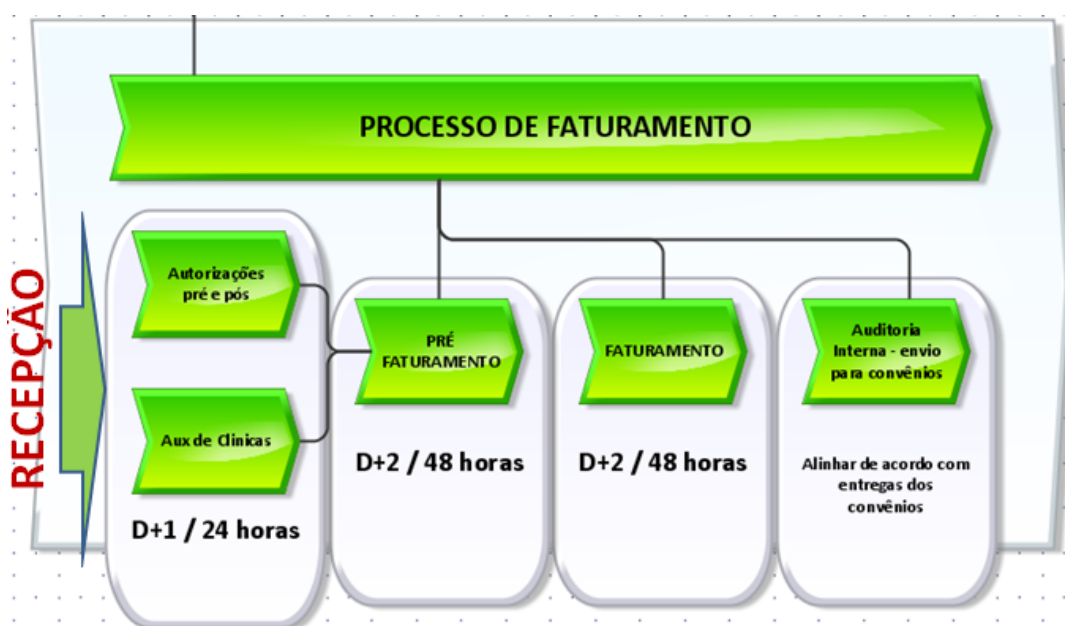


Figura 10: Modelo de Faturamento dentro da Unidade Hospitalar  
Fonte: Elaboração própria

Outro ponto importante detectado e que chamou atenção foi que as principais unidades possuíam serviços e leitos que não eram credenciados ao SUS. Naquela mesma lógica que já comentamos, insistimos no princípio de escolher um problema principal que, resolvido, soluciona consequentemente uma série de outros. Ao reunir os diretores de unidade, foi descoberto o desconhecimento pelas unidades estaduais de seu teto financeiro ou mesmo da sua meta e indicadores de produção para ser faturada contra o SUS. No setor privado, é de costume dizer “quem não mede não controla e quem não controla, não se gerencia”. Para ter um hospital economicamente sustentável, é necessário ter controle dos números, e este controle se faz por meio de indicadores de resultado.

No decorrer desta intervenção, foi identificado que o processo de trabalho de credenciamento e habilitação de leitos hospitalares e serviços das unidades estaduais se mostrava fragmentado, sem acompanhamento da SUBUS - Subsecretaria de Unidades de Saúde - do Estado -, assim como sem a existência do controle de processos administrativos abertos de credenciamento junto ao CNES e suas fases necessárias para cumprir todo o rito necessário para habilitação. Para o processo de apresentação da produção por meio das AIHs poder faturar para o Ministério da Saúde, são necessários habilitação e credenciamento dos leitos.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

Nossa proposta neste trabalho foi desenvolver uma estratégia multifacetada comparando um período pré e pós a intervenção na gestão da SES. O setor público, por meio do SUS, é o principal financiador das internações hospitalares no Brasil. As informações geradas em decorrência das internações vão constituir o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). A alimentação dos dados provém dos formulários de Autorização de Internação Hospitalar, chamados de AIH, que, após processamento, são disponibilizadas em nível nacional. A AIH é composta por um conjunto de variáveis, como: identificação do paciente, caracterização do hospital, recursos pagos pela internação, natureza do evento, tempo de internação e o destino do paciente ou motivo de saída. É por meio da AIH que os hospitais realizam o faturamento da produção, a qual é apurada de acordo com o valor e o código da tabela SUS, compondo, assim, os valores que serão recebidos pelos procedimentos realizados.

Vale destacar que existem hospitais pactuados por tetos orçamentários. Ou seja, o valor mensal é pré-estabelecido de acordo com o contrato de gestão firmado entre entidade responsável pela gestão da saúde na região e instituição hospitalar. É através do contrato de gestão que são estabelecidas as metas quantitativas e qualitativas para que possam garantir a manutenção do repasse dos recursos pactuados de forma integral ou parcial, como for o caso, bem como a quantidade e a qualidade do serviço prestado. Dessa forma, ocorre um acúmulo de dados que não se traduzem em informações aos gestores.

Outro aspecto é a descentralização vertical dos serviços sociais, com implicações para estados e municípios, especialmente para estes últimos, visto terem eles uma maior autonomia no planejamento de suas ações, e, conseqüentemente, na promoção e no atendimento à saúde. Esta autonomia é limitada na prática, pois o Ministério da Saúde tem autoridade para tomar as decisões mais importantes da política de saúde, enquanto, ao governo local, cabe implementá-las. Sendo assim, há uma dependência das políticas locais das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. Nesta dinâmica, as portarias ministeriais funcionam como instrumentos de coordenação das ações nacionais de saúde.

Durante muitos anos prevalece e vem se consolidando o conceito de que a eficiência e a eficácia de um estabelecimento de saúde independem de se o proprietário é o Estado ou o capital privado. Segundo Afonso José de Matos (2005), a importância de sistemas de gestão e controle de custos e da receita de maneira profissional conduz para aumentar a eficiência e,

consequentemente, a obtenção de melhor qualidade da atenção à saúde. A crise de recursos tanto no sistema público como no privado, acompanhada da vertiginosa rapidez com que surgem novas tecnologias médicas, faz com que haja necessidade ainda maior de uma gestão eficiente para se ter um equilíbrio econômico-financeiro.

Equidade e eficiência são conceitos e princípios prioritários para os gestores da saúde, seja no setor privado quanto no público. Especificamente neste último, a carência é ainda maior e existe um importante problema adicional que é a falta de continuidade na gestão.

Estes princípios são fundamentais para o aprimoramento do sistema hospitalar, e apesar de tais conceitos não serem específicos da saúde, estes enfoques são básicos para a economia nos sistemas e modelos de saúde. Nos dias de hoje, momento de tantas inovações tecnológicas em equipamentos e medicamentos, este olhar na gestão é indispensável para viabilizar recursos para implementação de melhorias, inclusive por meio de pequenos investimentos na utilização dos recursos disponíveis e nas respostas apropriada às rápidas e agressivas mudanças no sistema de saúde, especificamente no modelo de hospital atual.

É de conhecimento entre os gestores hospitalares que a maioria dos hospitais brasileiros públicos foram construídos em um tempo em que a tecnologia da informação estava longe de ser desenvolvida como hoje. Isto em um passado muito próximo. Espera-se que os hospitais atuais evoluam a um modelo equilibrado entre receita e custos de forma sustentável para que consigam com isto oferecer atenção à saúde de qualidade e consciente de sua forma de financiamento (receitas) e de seus custos, já que os pagadores dos serviços - no caso, a sociedade - vão cada vez mais buscar maior valor para o seu dinheiro.

Estas novas demandas vão exigir dos hospitais não somente praticar uma assistência custo-efetiva, mas demonstrar o valor dos cuidados oferecidos à população. Para conseguir este equilíbrio, os gestores terão que reportar precisamente informações sobre o custo e o resultado correlacionado com a complexidade da doença e do tratamento para justificar estes custos. Nos próximos anos, os hospitais estarão em um contexto desafiador, pelo próprio envelhecimento da população e o aparecimento de novas doenças crônicas jamais imagináveis.

Estudos mostram que cerca de metade dos gastos individuais totais ocorrem nos últimos seis meses de vida do paciente. Gestores de saúde, especificamente a hospitalar, precisam ser capacitados continuamente para conter custos e até mesmo investir melhor os recursos disponíveis, tanto no gasto, quanto na captação destes recursos cada vez mais

escassos, diante da complexidade e aumento crescente dos custos e necessidades da população.

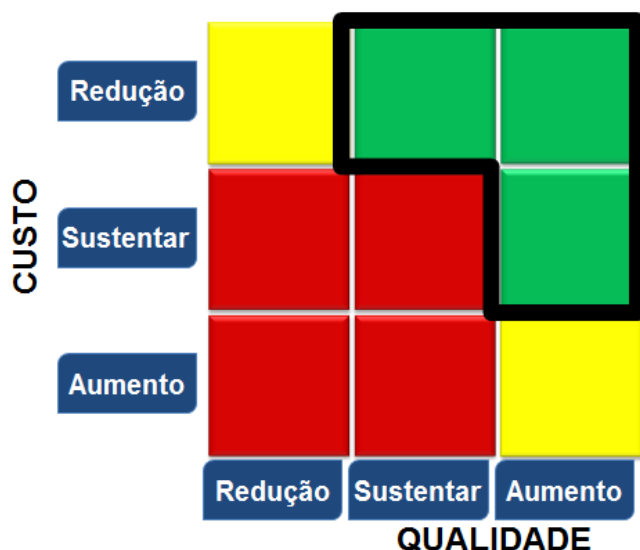


Figura 11: Matriz de decisão nos cuidados para saúde

Fonte: NOBREGA, 2004

De acordo com a matriz de decisão nos cuidados para saúde (NOBREGA, 2004), a busca por aumentar a eficiência faz sustentar um modelo que faz todo sentido para uma unidade hospitalar até o ecossistema da saúde como um todo. Na saúde, tudo depende de tudo. Controla-se custos e utiliza-se os recursos disponíveis da melhor forma, buscando seu aumento por meio das melhorias internas dos processos de trabalho (captar e aumentar a receita por meio do faturamento ao SUS). Esta lógica empresarial se encaixa no contexto público, o que estamos chamando de disciplina da gestão. É importante possuir a cabeça de um gestor e tudo que for possível enquadrar neste tipo de raciocínio. Desta forma organizada de pensar, é possível alcançar resultados satisfatórios.

Normalmente fazemos as seguintes perguntas com o objetivo de nos manter sustentáveis:

- Quanto terei que faturar para conseguir pagar os meus custos, despesas fixas e variáveis?

O ponto de equilíbrio é que vai definir e esclarecer essas dúvidas. Tal ponto se encontra no volume de recursos por meio de AIH faturadas o hospital precisa produzir para que consiga pagar, no caso do faturamento SUS complementar à receita para cobrir todos os custos e despesas fixas das unidades, além dos custos e despesas variáveis que ela tem

necessariamente que incorrer para manter uma assistência de qualidade para a população. No ponto de equilíbrio, não há resultado ou prejuízo.

Tudo deve ser definido com base nos seguintes critérios: aumento do volume de atendimento, acompanhado de aumento de satisfação do usuário e de queda ou manutenção nos custos - volume, custo, e percepção da satisfação do usuário. A satisfação do usuário se percebe por meio de resolutividade assistencial, informação e atenção à saúde. Neste ponto, notamos claramente, mais uma vez, um tema fundamental em saúde que precisa de atenção especial de empresas e governos: a capacitação gerencial na área de saúde, que deve ser um investimento prioritário.

Existem quatro alavancas que tiveram que ser sincronizadas para uma gestão eficaz e que trabalhamos nas unidades de saúde da SES:

- Gestão de competências assistenciais
- Fluxo de pacientes e perfil de acordo com a rede assistencial e regulação entre Hospitais Federais e Municipais
- Agendamento e demanda
- Planejamento de operações

Todas as organizações operacionalmente excelentes são excepcionais em gestão de fluxos de operações, limitando ao máximo a chamada variabilidade nos processos de trabalhos, que são aqueles operados pelas pessoas para alcançarem o objetivo da organização. Quando falamos de operação em um hospital, é preciso um esforço para que ela seja revisitada e redesenhada de tempos em tempos, para minimizar gargalos, prevendo-os e corrigindo continuamente. Com isto, é possível se adequar ao ambiente e cenários da saúde de acordo com suas políticas públicas e circunstâncias relacionadas à economia que afetam diretamente a disponibilidade de recursos, seja de fonte federal ou estadual, para que sejam investidos na saúde. Isto deve valer tanto para um hospital privado ou público.

Para que uma unidade hospitalar seja sustentável, é fundamental encontrar o chamado ponto de equilíbrio, que nada mais é do que a receita ou, no setor público, o orçamento disponível e autorizado para gastar, o que permite a cobertura dos gastos totais (custos, despesas fixas e despesas variáveis). Neste ponto, os gastos são iguais à receita total do hospital. Ou seja, o hospital não apresenta, como resultado, sobra de recurso apropriando o

conceito ao setor público, nem, tampouco, prejuízo, o que chamamos de déficit. Em inglês, denominamos ponto de equilíbrio, também conhecido como ponto de ruptura, com o termo empresarial conhecido como *break-even point*.

Sempre que as necessidades são maiores que os recursos disponíveis, precisamos da gestão para buscar o equilíbrio. A gestão é como uma forma de moldura na qual se organizam os meios para atingir o resultado. Gestão, portanto, não é esforço, e sim resultado, sendo que estes precisam ser mensurados.

O Estado, sempre buscando oportunidades de melhoria e aperfeiçoamento contínuo, é uma obra inacabada, assim como a gestão. Todas as organizações, para se equilibrarem e serem sustentáveis, possuem gastos, independentemente da área de atuação - comércio, indústria ou serviços, e neste estudo, o governo. Estes gastos se subdividem genericamente em custos, despesas variáveis e despesas fixas. A análise destes gastos se faz necessária para a apuração correta de sua receita total e, também, para um gerenciamento financeiro mais eficiente:

#### Custo:

Gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens e serviços; são todos os gastos relativos à atividade de produção.

#### Custo Fixo:

Custos fixos são aqueles cujos valores são os mesmos, qualquer que seja o volume e produção da unidade. É o caso, por exemplo, do aluguel de um equipamento no setor privado de uma fábrica. Este será cobrado pelo mesmo valor, qualquer que seja o nível de produção, inclusive no caso de a fábrica nada produzir, ou a uma máquina alugada, por exemplo, um tomógrafo, não ser utilizado para realizar exames dos pacientes da unidade.

#### Custo Variável:

Custos variáveis são aqueles cujos valores se alteram em função do volume de produção da empresa. Exemplo: matéria-prima consumida - se não houver quantidade produzida, o custo variável será nulo. Os custos variáveis aumentam à medida em que aumenta a produção, no



caso de um hospital, com o número de pacientes atendidos, cirurgias, exames de imagem e diagnósticos realizados.

#### Despesas variáveis:

São aquelas que variam proporcionalmente ao volume produzido ou ao volume de atendimento. Ou seja, só haverá despesa se houver pacientes atendidos ou unidades produzidas caso seja uma fábrica. Trazendo o exemplo prático de um hospital, podemos falar de itens esterilizados para ser utilizados em cirurgias.

#### Despesas fixas:

São aquelas cujo total não varia proporcionalmente ao volume produzido (na indústria), ou ao volume de vendas (comércio e serviço). Ou seja, existem despesas a serem pagas independente da quantidade produzida ou do valor de vendas. Exemplo: aluguel, honorários de contador, no caso nas Organizações Sociais de Saúde (OSS), salário pessoa jurídica de equipes médicas, salário dos funcionários (OSS), entre outros.

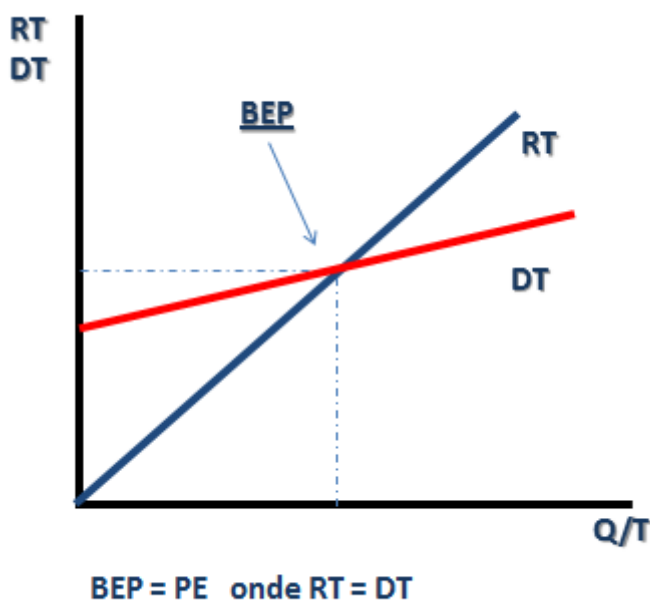


Figura 12:: Ponto de Equilíbrio / *Break-Even Point*

Fonte: Elaboração própria

É fácil imaginar um sistema de saúde e cuidados sustentável, que vai durar para sempre dentro dos limites dos recursos financeiros, sociais e ambientais. O desafio nos dias de hoje vai um pouco além do equilíbrio econômico-financeiro. Uma abordagem atual para a entrega de saúde e cuidados não pode, desta maneira, continuar da mesma forma e ficar dentro desses limites.

Um sistema de saúde e cuidados sustentável é conseguido através da prestação de cuidados de alta qualidade assistencial para a população e melhor saúde pública, sem esgotar os recursos naturais disponíveis no ambiente ou causar graves danos ecológicos, tal como prevê as boas práticas de gestão atuais.

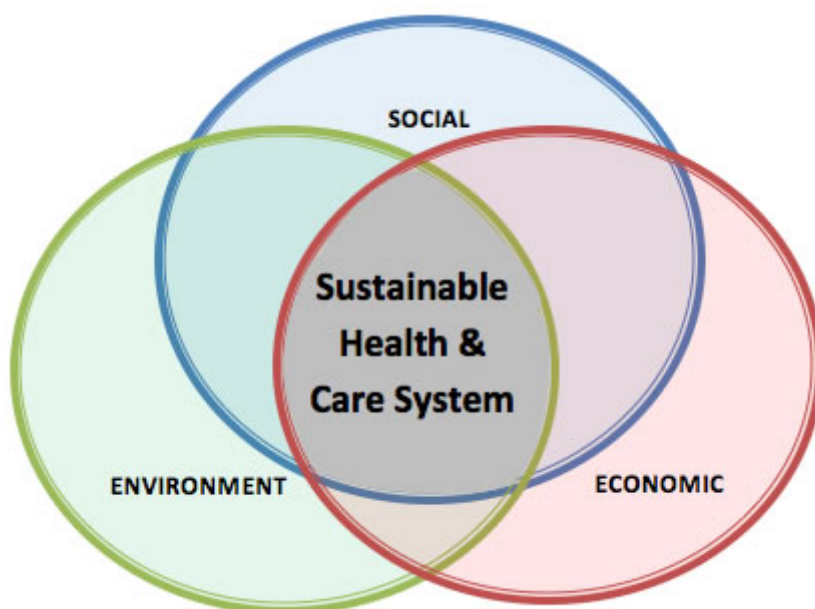


Figura 13: Sistema de Saúde e Cuidados Sustentáveis

Fonte: What is Sustainable Health? - Sustainable Development Unit<sup>9</sup>

Pode ser útil pensar sobre a relação entre sustentabilidade e saúde em três formas distintas que se deslocam de um foco estreito para outro mais amplo, capaz de nos fazer gerar uma reflexão. Um sistema de saúde e cuidados sustentável requer uma espécie de “ecologização” do setor de saúde, com especial atenção à energia, resíduos, suprimento, água, adaptação de infraestruturas e edifícios. Tal movimento garante recursos físicos, financeiros e humanos.

<sup>9</sup> Disponível em: [www.sduhealth.org.uk/policy.../what-is-sustainable-health.aspx](http://www.sduhealth.org.uk/policy.../what-is-sustainable-health.aspx). Acesso em: 2 set. 2015.

Resíduos clínicos, por exemplo, sendo utilizados de forma responsável, são eliminados de forma segura de modo a proteger a população local. Isto causa menos danos ao ambiente e preserva a população daquela região, o que ocasiona uma redução significativa dos gastos com saúde naquele local. Portanto, manter a população mais saudável e protegida é uma forma de reduzir custos.

Abordamos estes conceitos neste trabalho, pois eles vêm de encontro com a sustentabilidade financeira. Partimos dos mesmos princípios, pois os recursos são cada vez mais escassos para dar acesso ao sistema de saúde à população que precisa. O trabalho de prevenção é, desta maneira, muito amplo e necessário para o ecossistema da saúde.

### Cuidados de Saúde Sustentável

Isso é um pouco mais amplo (mas mais cuidados de saúde específica) do que o ponto 1, e envolve o trabalho em todo o sistema de saúde e o de parceiros para fornecer cuidados de saúde capazes de cumprir a *triple bottom line*, ou seja, o retorno financeiro, social e ambiental simultâneos sobre o investimento. Ele inclui a adaptação de como fornecemos serviços, promoção da saúde, mais prevenção, Responsabilidade Social Corporativa- RSC e desenvolvimento de modelos mais sustentáveis de cuidados para a população assistida. Este é o objetivo final de qualquer gestão e o resultado que se espera no setor público é ser capaz de dar um melhor atendimento e acesso à população que precisa de serviços médicos de qualidade e um modo de vida sustentável.

### Saúde Sustentável & Bem-estar

Este é o nível mais amplo e envolve considerar a sustentabilidade de tudo o que possui impacto na saúde e bem-estar (por exemplo, educação, agricultura, banca, etc.). Em uma comunidade onde se consegue ter todo este modelo integrado, temos a chance de ter retornos excepcionais na prevenção e qualidade de vida, consequentemente diminuindo gastos em saúde. Desta forma, tornando a população mais saudável, os hospitais ficam mais disponíveis para doentes mais agudos e graves, que necessitam daquele atendimento. Desta forma, o recurso investido nas unidades terá um papel mais amplo sendo melhor investido e conseguimos ter a chance de tornar um ciclo vicioso de prevenção e acesso à saúde.

## 5. OBJETIVO

Como já adiantamos acima, o objetivo deste trabalho é sensibilizar gestores públicos a buscar dinheiro novo, digo novas receitas para, através disto, atingir novos resultados e criar uma nova cultura com ensinamentos do universo empresarial aplicados ao setor público - o que estamos chamando de disciplina da gestão - e formar, com estes pensamento, gestores públicos de excelência. A abordagem deste trabalho tem ainda o objetivo de aumentar a comprovação de faturamento dos hospitais da rede estadual do Rio de Janeiro ao SUS para alcançar o teto de BRL 282 MM até 2016 e propor um aumento de teto financeiro para o Ministério da Saúde até 2018. Isto considerando que, ao definir este problema já trabalhado neste estudo, o teto autorizado para o Estado, mesmo sendo baixo, nunca foi alcançado.

Em um primeiro momento, entendemos a necessidade de ajustar as principais desconexões do nível central da SES – Secretaria de Estado de Saúde. Entendemos, na evolução do estudo e no desenvolvimento do modelo, a necessidade de ter um CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - ajustado. Para isso, foi realizada uma proposta operacional e, a partir dela, desenvolvido todo o modelo em que se determina um gestor público especializado para aproximação do profissional responsável pela alimentação do CNES da SUBUS - Subsecretaria de Unidades de Saúde. Com o objetivo de facilitar e coordenar estas desconexões, os processos de trabalho foram orientados e monitorados com a AG - Assessoria de Gestão do Gabinete do Secretário - da SES, onde o modelo foi testado e consolidado.

Para cumprir a meta estabelecida em busca de resultados, se fez necessário abrir processos de credenciamento mais ágeis junto ao Ministério da Saúde. Sem credenciamento e habilitação dos leitos da secretaria do ERJ com o MS, não existiria a possibilidade de enviar qualquer tipo de produção por meio de faturamento. Partindo deste princípio, foram identificados os processos internos e as principais interfaces da SES e, também, as pessoas que operam estes processos de trabalho para serem direcionadas e orientadas, uma vez que não havia uma coordenação de processos e pessoas. Identificamos, assim, que era necessária uma orquestração desta gestão que fosse viável com a implantação do modelo.

A partir destas definições, a AG assumiu o papel de responsável pela abertura e controle dos processos de credenciamento das unidades de saúde, estabelecendo parceria com a Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação - SAECA e com a SVS – Subsecretaria de Vigilância Sanitária da SES. A solicitação de credenciamento junto ao SUS é

demandada pela direção da unidade hospitalar estadual. Para isso, faz-se necessário gerar uma série de processos administrativos de modo físico na Assessoria de Gestão, que além de avaliar a abertura do processo, foi responsável pela alimentação, condução e acompanhamento dos processos abertos até sua conclusão para habilitação. Toda esta orquestração se fez necessária e foi fundamental para a obtenção dos resultados que foram atingidos com a estruturação deste estudo.

Outro papel importante que se estabeleceu foi o acompanhamento mensal da produção das unidades de saúde, estabelecendo um processo de avaliação, monitoramento e controle, sobretudo com relação aos motivos das glosas para estabelecimento de um plano de ação (contramedida), junto aos responsáveis com o objetivo de melhorar a eficiência da operação e, conseqüentemente, o valor recebido de faturamento para o Estado do Rio de Janeiro. Foram estabelecidos indicadores e metas de acompanhamento, conceitos importantes para o prosseguimento da disciplina da gestão, pois sem métricas não há controle.

Por meio do diagnóstico prévio que iniciamos para motivar este estudo, identificamos que, no ano de 2014, foi obtido 29% de rejeição das AIHs – Autorização de Internação Hospitalar - apresentadas pela SUBUS. Parte da produção das unidades do estado estava na ocasião vinculada sob gestão do município da cidade do Rio de Janeiro<sup>10</sup>, e precisam ser reavaliadas pela SES. O foco principal se concentra em aumentar o credenciamento das unidades junto ao SUS, conseqüentemente aumentando a produção apresentada e reduzir o número de glosas (produção de faturamento apresentada rejeitada). A glosa que é rejeitada se traduz em inconsistências técnicas e ou administrativas na produção apresentada - por exemplo, a produção apresentada de determinada unidade hospitalar que não é habilitada ou credenciada pelo Ministério da Saúde, ou mesmo a de determinados tipos de serviços ou de acomodações como leitos de enfermarias e UTI. Todos esses são motivos que levam a glosa e contribuem para o não atingimento do teto estabelecido para o Estado.

Para atingir o objetivo proposto nesta intervenção, o trabalho se dividiu em dois grandes blocos: Melhoraria dos processos internos de gestão das unidades hospitalares do Estado (ERJ) e, conseqüentemente, o aprimoramento no aumento da produção e faturamento apresentado em reais. O segundo bloco do trabalho se concentrou na melhoria dos processos de faturamento do nível central da SES, onde se credencia, habilita e apresenta a produção para o SUS, no Ministério da Saúde, para receber o recurso do FNS – Fundo Nacional de Saúde.

---

<sup>10</sup> De acordo com o quadro 1 - Unidades de Gestão Estadual e Municipal de Acordo com a MAC -, na página 24.

No momento que não existia esta coordenação pela Assessoria de Gestão do Gabinete do Secretário de Saúde, as desconexões eram tão grandes que os próprios hospitais do Estado, por si só, deflagravam de forma individualizada os processos administrativos de credenciamento para o Ministério, desconhecendo aspectos importantes da própria legislação que disciplina o serviço no qual é prestado e a unidade de saúde habilitada, evidenciando uma falta completa de planejamento e gestão. Foi identificado, ainda, que os processos de habilitação e credenciamento iniciados pela unidade acabavam permanecendo em pendências administrativas por prazos superiores a três anos, acarretando a necessidade de arquivamento e abertura de novos processos administrativos e gerando inúmeros retrabalhos para os servidores. Todas estas etapas foram identificadas na evolução dos estudos e na implantação do modelo aqui apresentado.

Muitas vezes, estas desconexões ocorriam até mesmo por mudança de legislação vigente ou por aspectos da gestão da unidade. Outro entrave foi as inovações organizacionais em que se alternou a forma de gestão descentralizando o papel do nível central da secretaria como administração direta e trilhando um novo caminho para a secretaria de cuidar de políticas públicas de saúde. A entrada destes novos modelos alternativos de gestão foi oportuna para a SES se posicionar, pelo modelo de administração direta das organizações de saúde, como gestora de saúde, e não mais como operadora.

Muitas das OSS – Organizações Sociais de Saúde-, são oriundas de instituições privadas e filantrópicas que já possuem em seu DNA o modelo de operar como se fosse um hospital privado, com metas, indicadores de resultado e a consciência de busca por melhorias e resultados de qualidade. Esta convergência de conceitos foi muito agregadora para evolução deste trabalho, pois a linguagem foi rapidamente entendida por muitos gestores, e ajudou a reforçar a necessidade de gestores qualificados em gestão. Do momento que houve esta diretriz de modelo de gestão por parte da secretaria de saúde, a cultura começou a ser disseminada e se refletiu na busca de melhores gestores nos hospitais e por capacitação gerencial. Com as Organizações Sociais e a Fundação Estadual de Saúde, houve uma convergência muito interessante neste sentido.

Identificando estas lacunas aqui abordadas, transpareceu um modelo de execução deficitário e, conseqüentemente, resultados indesejados muito inferiores do que o potencial apresentado. Outras causas importantes encontradas foram em relação a processos administrativos abertos nas unidades hospitalares sem a devida necessidade de habilitação, como no caso de serviços essenciais para existência de um novo serviço muito retrabalho e

esforços concentrados em ações irrelevantes, pois não havia uma orquestração central com um objetivo único para ser motivador e alinhar o trabalho necessário.

Uma das preocupações deste trabalho foi evitar desperdício de tempo e energia em tarefas que tendiam ao fracasso, situação esta que se reflete na deficiência de um olhar de gestão, que nada mais é do que organizar para chegar a um resultado. Outro fator importante detectado foi em relação aos processos pendentes e parados por falta de acompanhamento e priorização, que ficavam literalmente sem conhecimento dos gestores e avaliação da estrutura central da secretaria, e adequação com as questões de normas e legislações ligadas à SVS - Superintendência de Vigilância Sanitária da SES.

O que fez os objetivos pretendidos pela SES serem alcançados foi uma abordagem de reestruturação do processo de faturamento dos hospitais por meio do mapeamento da situação e diagnóstico do que se encontrou por meio de uma análise bastante rigorosa, nas principais interfaces críticas de dentro da operação dos hospitais que sofreram intervenção.

Foi buscado, ainda, oportunidades de melhoria com definições de novos processos e indicadores de resultado para ajustes e a implantação de melhores processos de trabalho. Estas intervenções foram tratadas e cirurgicamente alinhadas em torno do objetivo proposto.

Para a evolução do objetivo definido, se fez necessário aprovação dos processos em CIB – Comissão Intergestores Bipartite- em 100 % das solicitações de credenciamento. Foi definido o teto financeiro estadual executável das unidades de saúde para poder estabelecer o teto das metas de faturamento e produção por unidade de saúde, definição em conjunto com a SAECA - Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação.

Para ter obtido êxito em relação ao credenciamento das unidades, foi necessário levantamento das condições estruturais pela RDC 50/2002<sup>11</sup> de 100% das unidades de saúde do Estado para definição das unidades que já estavam adequadas para ingresso em processo de habilitação e credenciamento de leitos e serviços assistenciais no Ministério da Saúde. Para dar agilidade também foram sendo mapeados, em visita no local para identificação para possível credenciamento, possíveis leitos nas unidades, gerando, consequentemente, aumento de faturamento SUS. Identificamos que muitos leitos não existiam oficialmente nos registros da Secretaria. Em cada unidade da Secretaria, foi necessário escalar uma equipe da Assessoria de Gestão para contar, com base nas definições oficiais do CNES do que era composto um leito, um por um, basicamente por cada régua de oxigênio.

---

<sup>11</sup> Ver em anexos

Após todo este ritual e evolução, mostramos a seguir exemplos de alguns novos leitos habilitados e serviços assistenciais que foram fruto da organização deste trabalho no dia a dia das unidades:

- Credenciamento e habilitação de seis leitos de UTI Pediátrica tipo 2 no IEC - Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, CNES nº 7267975, localizado no Município do Rio de Janeiro.
- Credenciamento e habilitação do Hospital São Francisco de Assis, CNES nº 7065515, localizado no Município do Rio de Janeiro, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia para realizar procedimentos nos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos da Cardiologia Intervencionista.
- Credenciamento do serviço de Tomografia Computadorizada no Hospital Estadual dos Lagos, CNES nº 7529384 localizado no município de Saquarema/RJ.
- Credenciamento e habilitação de 38 leitos de UTI Adulto tipo dois no Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, CNES nº 7267975, localizado no Município do Rio de Janeiro (CIB de Outubro/2015).

A seguir, apresento o modelo que balizou a estruturação e ações que foram priorizadas para implantação do modelo e tratamento das principais causas para a resolução dos problemas apresentados. Esta priorização foi realizada com base nos dados de apresentação e rejeição da produção apresentada das unidades para o Ministério da Saúde. Dividimos por fase e grupo prioritário de hospitais.



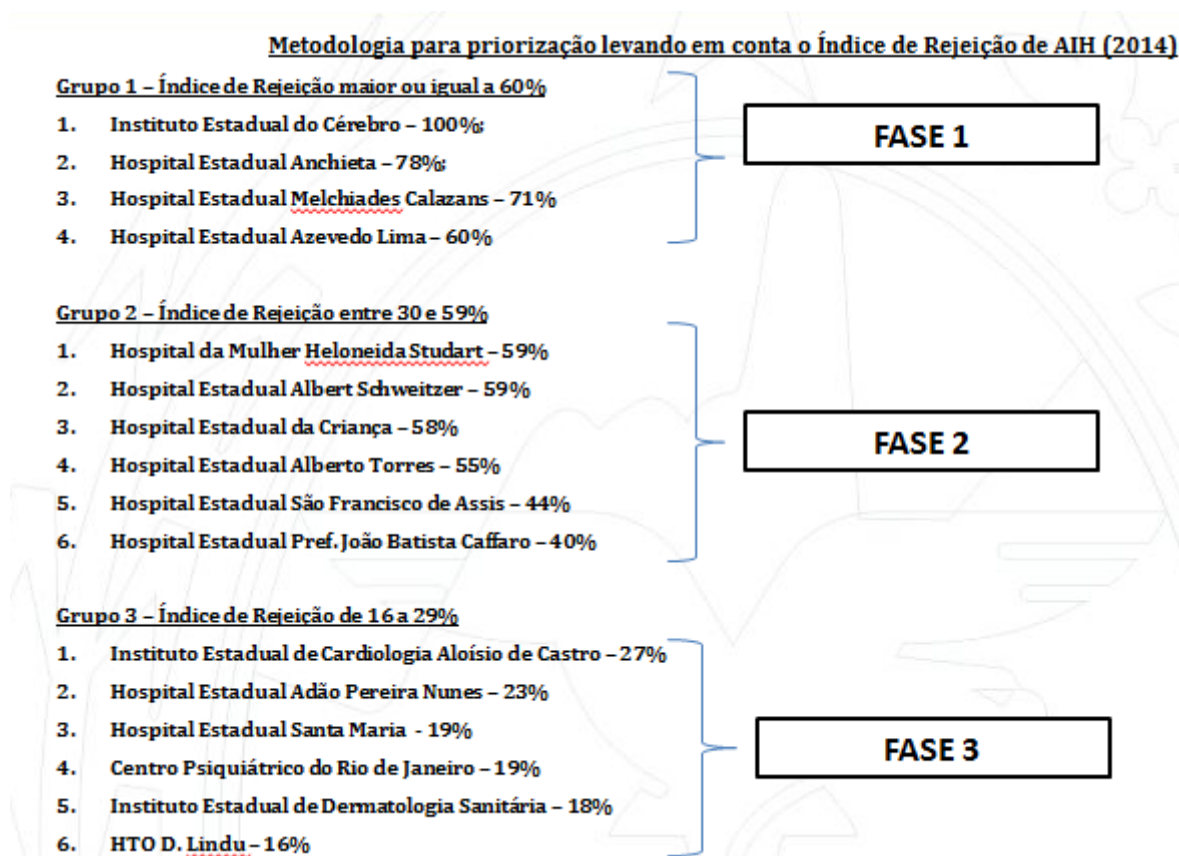


Figura 14: Modelo Utilizado para Priorização das Unidades de acordo com índice de Rejeição de AIH

Fonte: AG - Assessoria de Gestão / Gabinete do Secretário da SES

Iniciamos uma intervenção de duas maneiras, com a primeira foi pactuado um novo fluxo de trabalho para os processos de credenciamento e de serviços das unidades próprias de saúde – SUBUS. A Assessoria de Gestão assumiu, como uma de suas atribuições, a formatação de uma equipe específica de servidores da saúde com especialistas em gestão para gerir o processo de credenciamento das unidades hospitalares, e teve como objetivo, principalmente, orquestrar interfaces entre unidades hospitalares e estruturas administrativas no próprio nível central da Secretaria, que apontavam problemas, como a circulação dos processos administrativos e a comunicação entre chefias e diretores hospitalares.

Gargalos de processos se formavam entre superintendências e subsecretarias dentro da Secretaria de Estado de Saúde - SES. A Assessoria de Gestão assumiu uma análise gerencial do faturamento das unidades e estabeleceu parcerias com os hospitais para auxiliar as unidades na apresentação do faturamento, propondo um novo fluxo de credenciamento das unidades de saúde, auxiliando com suporte técnico, treinamento e qualificação pela Assessoria de Gestão do Gabinete do Secretário.

Foi formada uma equipe técnica de agentes preparados nos assuntos relacionados aos processos de faturamento, credenciamento e habilitação. Esta equipe tinha conhecimento técnico e comportamental para poder auxiliar todos os agentes envolvidos na cadeia produtiva, desde o início de um atendimento de dentro da unidade hospitalar, até ao envio para o SUS, seguindo por todas as estruturas burocráticas. Esta habilidade comportamental da equipe, que trabalhou em conjunto com as unidades, foi fundamental para o sucesso da evolução do trabalho, pois precisou de muita habilidade para poder sensibilizar as pessoas para a necessidade e motivação do trabalho que estava sendo proposto.

Foram ministrados treinamentos para os agentes envolvidos com o faturamento hospitalar e para os diretores, com objetivo de alinhar conhecimentos e expectativas, bem como sensibilizar sobre a necessidade de melhorar um tema tão relevante na administração hospitalar, seja ela pública ou privada sempre alinhando os conceitos necessários e competências para formação de um gestor hospitalar.

Com o objetivo de estimular, melhorar a estrutura organizacional e criar uma cultura no que tange ao tema sustentabilidade econômico-financeira e a vital importância para a saúde financeira de qualquer instituição, a Assessoria de Gestão do Gabinete do Secretario lançou como pontuação no Premio Anual de Qualidade e Gestão da Secretaria, onde avalia a evolução da gestão das unidades, um peso específico para a melhoria no processo de faturamento. Esta pontuação contou para avaliação geral, ajudando na qualificação. Dentre os quesitos avaliados, estavam indicadores de resultados relacionados a satisfação do cliente, índices de mortalidade entre outras avaliações assistências e de gestão.

Os primeiros resultados apresentados com a evolução deste trabalho motivaram o Governador do Estado do Rio de Janeiro, Luiz Fernando de Souza Pezão, a torná-los uma das metas prioritárias do seu governo. As 6 metas escolhidas na saúde e a meta de melhoria do Faturamento SUS estava entre estas metas. Devido a toda a dificuldade financeira do Estado, a apresentação de um trabalho que buscava novas alternativas para justificar aumento de receita sensibilizou, com tom de prioridade, o governador. A seguir, podemos observar as metas de acompanhamento direto pelo governador.

## Detalhamento das metas e iniciativas - GOVERNADOR



Foram definidas **06** metas prioritárias de responsabilidade da **SES**.

Metas	Iniciativas
I. Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica de 57,9% para 70% até 2018	Programa de Fortalecimento da Atenção Básica (I, II e IV)
II. Aumentar de 73,3% para 80%, até 2018, a proporção de pacientes com classificação amarela atendidos nas UPA's dentro do prazo	Construção e Reforma de estabelecimentos de saúde (II, III e IV)
III. Aumentar o número de leitos de 3.877 para 4.576 até 2018	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) - Maternidade (IV)
IV. Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 12,7 para 10,6 por 1.000 nascidos vivos até 2018	REUNI-RJ (V)
V. Aumentar o número de consultas e procedimentos estratégicos regulados pela Regulação Unificada (REUNI-RJ) de 36 mil para 194 mil até 2018	
VI. Aumentar a comprovação de faturamento dos Hospitais ao SUS para alcançar o teto de BRL 200 MM até 2016 e XXX MM até 2018	Projeto de Melhoria do Faturamento (VI)

Figura 15: Painel de Metas do Governador para a Secretaria de Estado de Saúde

Fonte: Casa Civil – Governo do Estado do Rio de Janeiro / outubro 2015

Para acompanhar o chamado Plano de Prioridades do Governador, foi estabelecido um comitê gerido por um modelo de governança para acompanhamento periódico das metas e seus respectivos responsáveis. O mesmo foi lançado pelo governador em reunião com todos os secretários de Estado, por meio de fluxos de tomada de decisões, papéis e responsabilidades e regras de monitoramento para gestão do dia a dia. Técnicos e especialistas em gestão foram escalados pela Casa Civil para este acompanhamento e monitoramento em cada secretaria. Existia um sistema de prestação de contas hierárquico muito rigoroso para *follow up* direto com o governador.

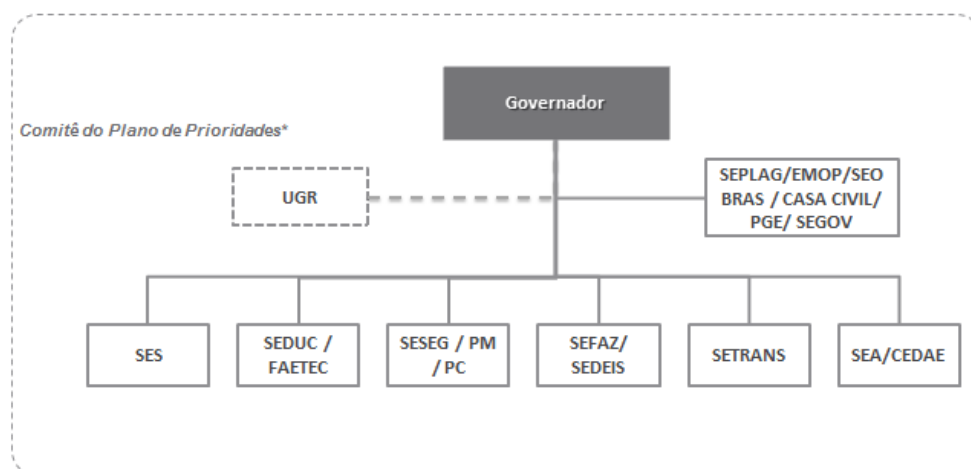


Figura 16: Estrutura do Comitê do Plano de Prioridades do Governador  
 Fonte: Casa Civil – Palácio Guanabara / Outubro de 2015



Figura 17: Governador Luiz Fernando Pezão, capacita líderes responsáveis pelas metas e iniciativas estratégicas do governo até 2018, no auditório do prédio anexo ao Palácio Guanabara, zona sul do Rio de Janeiro  
 Fonte: Casa Civil – Palácio Guanabara - Rio de Janeiro<sup>12</sup>

Mensalmente, a chamada Unidade Gerencial de Resultados da Casa Civil apresentava para o Governador os status e os riscos do Plano de Prioridade para agilizar tomadas de

<sup>12</sup> Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/imprensa/exibeconteudo?article-id=2582901>. Acesso em: 7 set. 2016.

decisões. Desta maneira, o projeto foi ganhando força na Secretaria e se tornando prioritário com peso e legitimidade do governador para avançar eliminando e contornando possíveis barreiras do dia a dia.

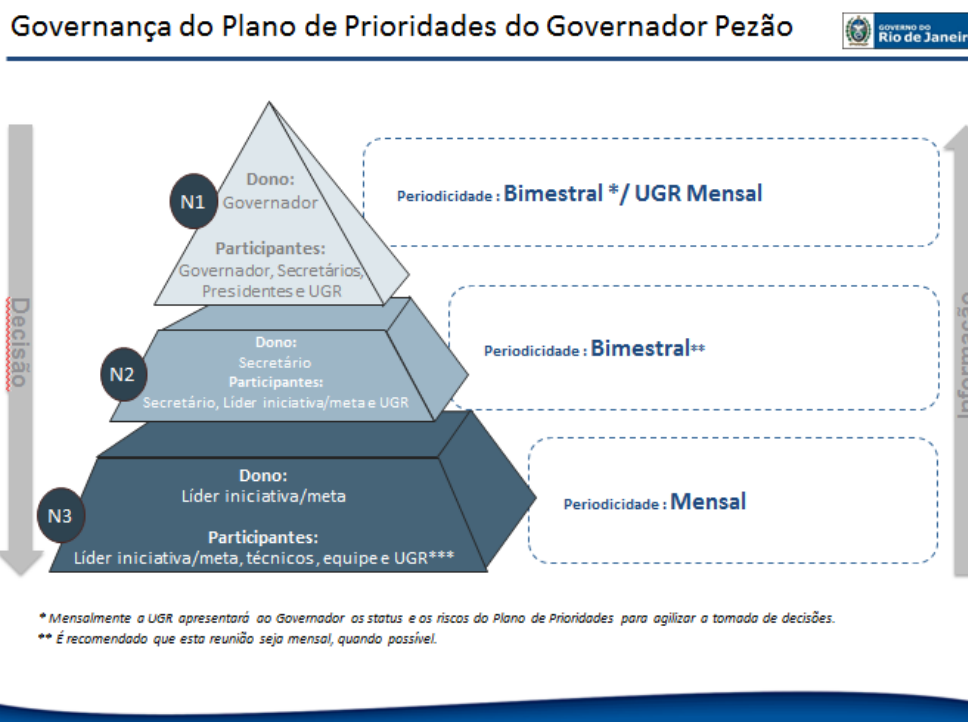


Figura 18: Plano de Governança para Acompanhamento de Metas do Governador  
Fonte: Casa Civil - Unidade Gerencial de Resultados / Governo do Estado 2015

As reuniões de acompanhamento eram divididas por níveis de decisão e, de forma sistemática, as lacunas eram tratadas e revisas para avançar com os resultados nas secretarias e nas áreas responsáveis diretamente pelas metas. Sempre que revisadas, isto gerava um novo planejamento local, que se retroalimentava conforme evolução.

## Detalhamento das metas e iniciativas

### Meta: Visão Geral

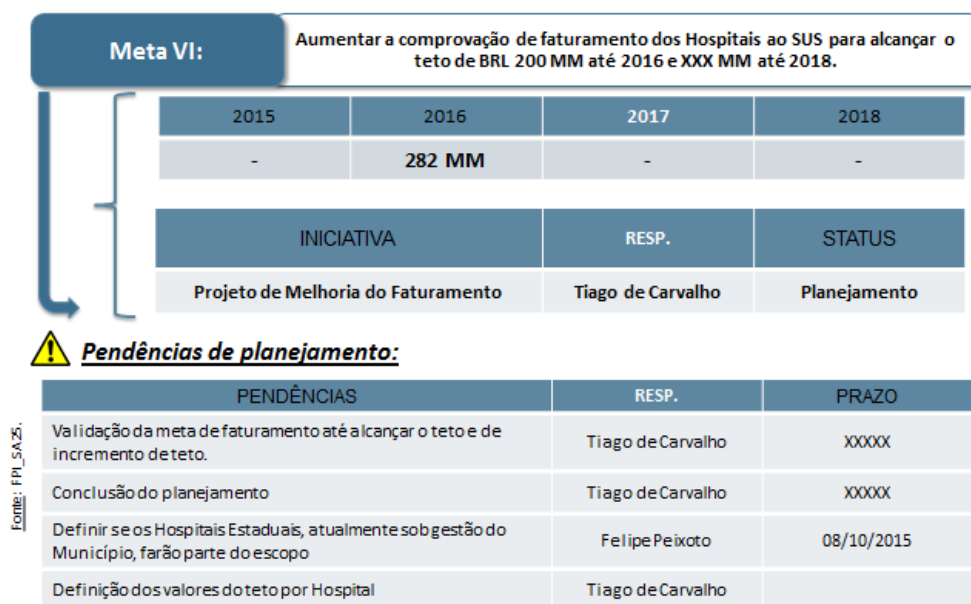


Figura 19: Acompanhamento e planejamento da Meta com os Líderes

Fonte: Casa Civil - Unidade Gerencial de Resultados / Governo do Estado 2015

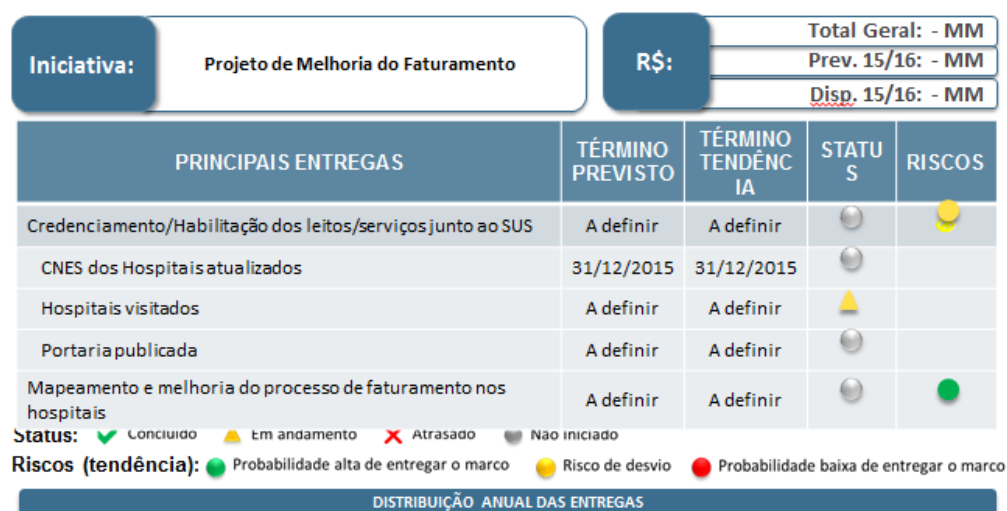


Figura 20: Detalhamento de Metas e Iniciativas – Visão Geral (continuação)

Fonte: Casa Civil - Unidade Gerencial de Resultados / Governo do Estado 2015

Do mapeamento realizado estão previstas **04** entregas para o próximo período de monitoramento (**out/15**).

Fonte: FPL-S&S.

PRÓXIMAS ENTREGAS	TÉRMINO PREVISTO	TÉRMINO TENDÊNCIA
Leitos Cadastrados pela OSS (H.E. Adão Pereira Nunes)	11/10/15	11/10/15
Documentação aprovada (H.E. Adão Pereira Nunes)	19/10/15	19/10/15
Visita ao hospital (11 Hospitais)	22/10/15	22/10/15
Documentação entregue pelo Hospital (H.E. Alberto Torres e H.E. Azevedo Lima)	30/10/15	30/10/15

<b>Iniciativa:</b> Projeto de Melhoria do Faturamento			<b>R\$:</b> <div>Total Geral: - MM</div> <div>Prev. 15/16: - MM</div> <div>Disp. 15/16: - MM</div>		
Farol	Descrição	Impacto (quantitativo)	Contramedida	Resp.	Prazo
●	A equipe do projeto conta com 4 funcionários, sendo que 2 deles atuam contingencialmente.		Alocar mais recurso humano à equipe.	Tiago de Carvalho	23/10/15
●	Resistência por parte dos hospitais e áreas administrativas da própria SES para o redesenho dos processos.		Cobrar da SUBUS a instituição de líder para interlocução com as unidades. Sensibilizar as demais áreas da SES interessadas sobre a importânciada iniciativa.	Tiago de Carvalho	05/10/15

**Riscos (tendência):** ● Probabilidade alta de entregar o marco ● Risco de desvio ● Probabilidade baixa de entregar o marco

<b>Iniciativa:</b> Projeto de Melhoria do Faturamento			<b>R\$:</b> <div>Total Geral: - MM</div> <div>Prev. 15/16: - MM</div> <div>Disp. 15/16: - MM</div>		
Farol	Descrição	Impacto (quantitativo)	Contramedida	Resp.	Prazo
●	Demora na formalização dos processos, ocasionada pelo protocolo geral (risco de atraso). A SUBUS envia 200 folhas de cada vez para o protocolo e tem levado de 30 a 45 dias para montar um processo administrativo.		Normatizar uma tramitação prioritária para os processos ou dar competência administrativa para a SUBUS montar e autuar o processo sem a necessidade de enviar ao protocolo.	Tiago de Carvalho	06/10/15

**Riscos (tendência):** ● Probabilidade alta de entregar o marco ● Risco de desvio ● Probabilidade baixa de entregar o marco

Figuras 21, 22 e 23: Detalhamento de Metas e Iniciativas – Visão Geral ( continuação)  
 Fonte: Fonte: Casa Civil - Unidade Gerencial de Resultados / Governo do Estado 2015

<b>Iniciativa:</b> Projeto de Melhoria do Faturamento		<b>R\$:</b>		Total Geral: - MM	
				Prev. 15/16: - MM	
				Disp. 15/16: - MM	
Farol	Descrição	Impacto (quantitativo)	Contramedida	Resp.	Prazo
●	Existem hospitais estaduais cadastrados no ministério como gestão municipal, destinando a receita para o município. Porém quem paga a OS, pessoal, insumo, etc. é o Estado.		Determinar o cumprimento da deliberação CIB 2693 de 26/10/2013 junto ao Secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro. A deliberação determina que os recursos alocados no teto MAC do Município sejam remanejados para o teto Estadual.	Felipe Peixoto	

**Riscos (tendência):** ● Probabilidade alta de entregar o marco ● Risco de desvio ● Probabilidade baixa de entregar o marco

Figura 24; Detalhamento de Metas e Iniciativas – Visão Geral ( continuação)

Fonte: Casa Civil - Unidade Gerencial de Resultados / Governo do Estado 2015

Neste quadro de visão geral, podemos entender de que forma eram detalhadas as metas e iniciativas. O secretário de Estado de Saúde, Felipe dos Santos Peixoto e seu Assessor Chefe de Gestão, Tiago Velloso de Carvalho, participavam ativamente na liderança do projeto e de suas fases de planejamento para prestação de contas à Casa Civil pela Unidade Gerencial de Resultados – UGR e ao Governador Luiz Fernando de Souza Pezão. No dia a dia, o projeto e sua estruturação foi conduzido pela equipe de especialistas em gestão e saúde do Assessor Chefe de Gestão do Secretário de Saúde do Estado, a Assessoria de Gestão do Gabinete - AG.

Vemos, a seguir, uma apresentação do fluxo estabelecido para facilitar o andamento dos requisitos mínimos para abertura de processos administrativos orquestrados pela Assessoria de Gestão, auxiliando as unidades de produção (Hospitais do Estado):



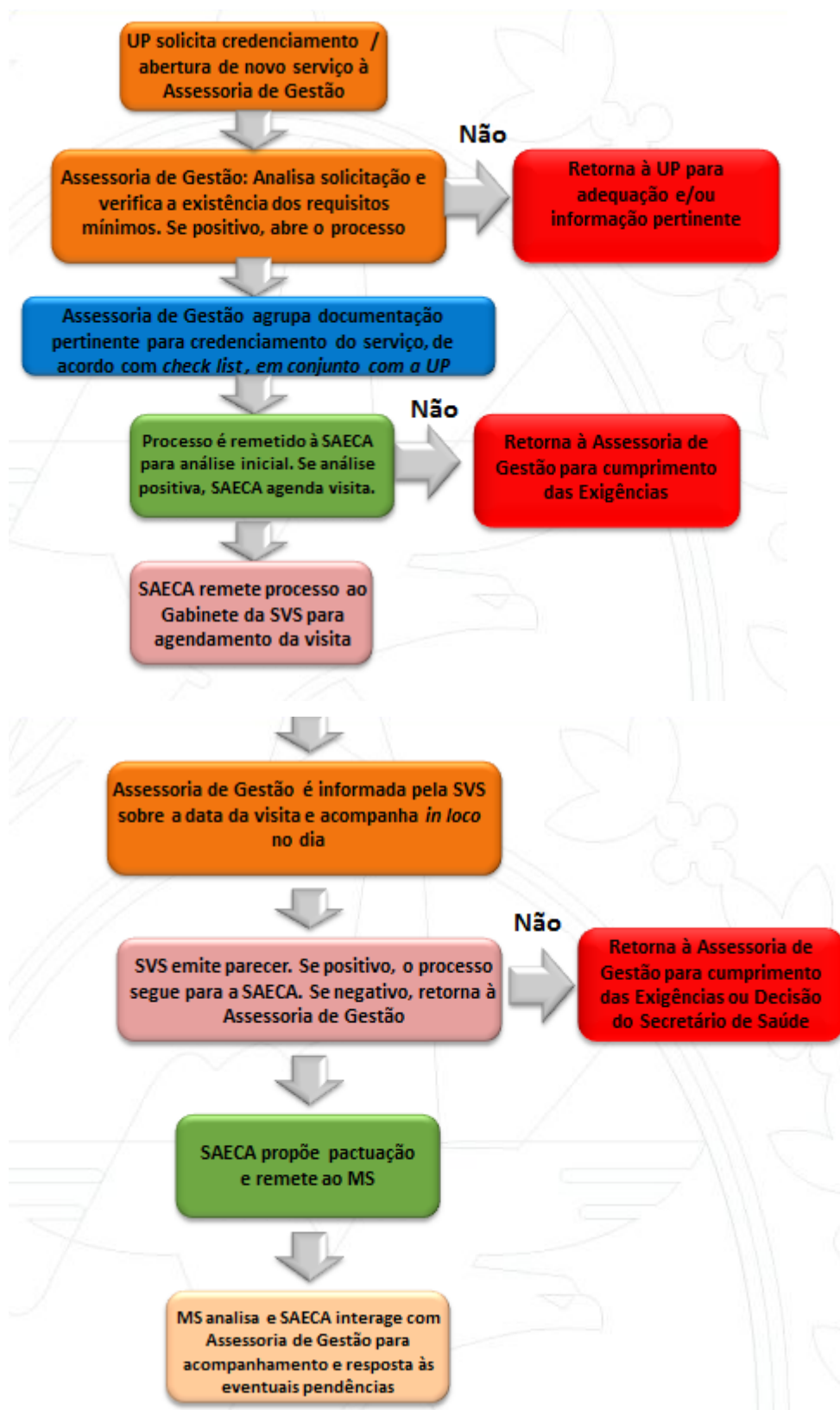


Figura 25: Fluxo de Trabalho da Assessoria de Gestão para Melhoria de Faturamento SUS  
 Fonte: AG - Assessoria de Gestão do Gabinete do Secretário SES – 2015

Ao se definir o problema de melhorar a produção de faturamento SUS nas unidades de Saúde, temos que entender onde este processo se inicia de dentro da unidade hospitalar. Por exemplo, no momento em que o paciente inicia sua entrada no sistema, é gerado um boletim de atendimento; quando ele entra por uma emergência, se o paciente for eletivo, ou oriundo de uma Transferência Inter Hospitalar - TIH, o mesmo pode ser direcionado diretamente para uma unidade de internação, tipo UTI ou enfermaria. Da mesma forma que a equipe médica evolui este boletim de atendimento, para um prontuário médico, o método que propomos é evoluir este prontuário administrativamente, por meio de acompanhamento pelo que chamamos de “linha de produção”. Isto nada mais é do que o mapeamento de toda cadeia produtiva do processo de trabalho - método criado para acompanhamento das contas hospitalares do início da internação até a saída do paciente, seja por óbito ou alta médica. Em cada setor que o paciente circula na unidade hospitalar, este prontuário deve ser acompanhado pela linha de produção, cada etapa deve ser medida por meio de indicadores, e todo o consumo de material e medicamento devem ser lançados e descritos no prontuário do paciente, com suas devidas justificativas e comprovações de utilização. A produção deve ser compatível com o número de pacientes internados e atendidos no mesmo período. Desta forma, conseguimos um alinhamento na produção, consequentemente aumentando o valor em reais apresentados de acordo com a tabela SUS. Este modelo de produção é inspirado no modelo de faturamento de funcionamento de hospitais privados, no qual o faturamento é vital para sustentabilidade econômico-financeira e sucesso do negócio. Desta forma, veio a inspiração para adaptar o conceito privado na gestão pública de hospitais.

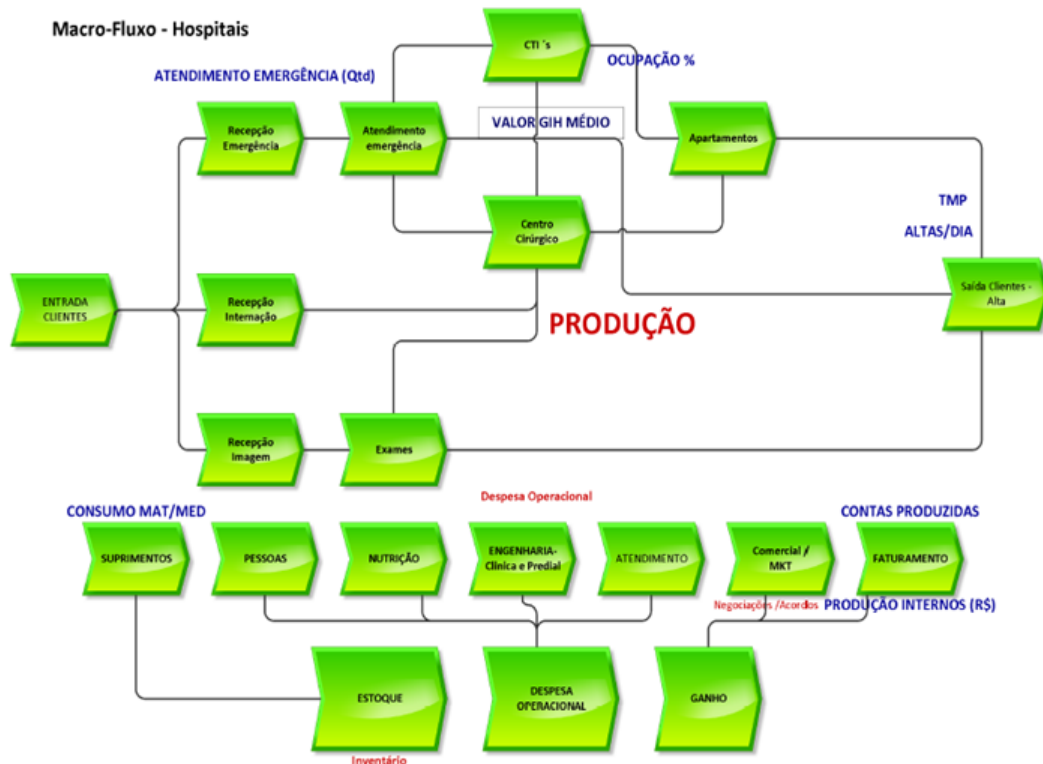


Figura 26: Operação Padrão de um Hospital para Acompanhamento da Produção e Faturamento

Fonte: Elaboração própria

Por se tratar de um sistema complexo para melhor compreensão do que é um hospital, podemos fazer uma comparação com um sistema de gestão, em que todos os *inputs*, como mão de obra treinada e especializada, pacientes, materiais e equipamento, entram no sistema, são processados dentro da unidade hospitalar e, de acordo com cada atividade da operação, depois sai um resultado de *output*. Podemos estes resultados de valor, seja para o faturamento apresentado, seja resultado de qualidade para a sociedade, com mais acesso à saúde para a população.

Esta também é uma abordagem de sustentabilidade, pois, para uma unidade ser equilibrada e sustentável, precisa gerar valor e qualidade para o que ela se propõe a ser na comunidade e região onde se insere. Estes chamados atributos de valor legitimam uma organização existir ou não.

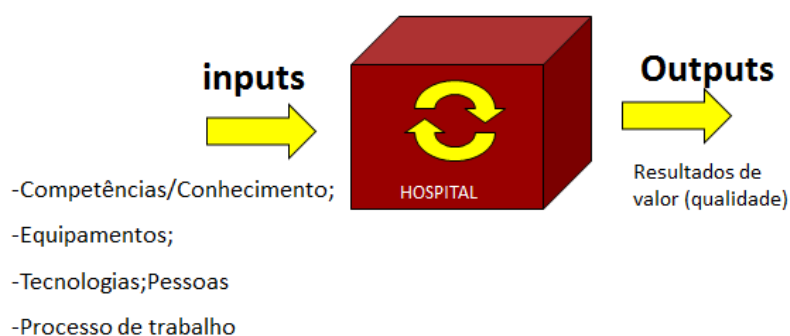


Figura 27: Proposta de Valor para uma Unidade Hospitalar

Fonte: Elaboração própria

Outra intervenção importante foi o detalhamento do fluxo interno de faturamento, o que chamamos de linha de produção, definindo detalhadamente cada etapa com respectivos responsáveis no dia a dia e conexões ajustadas pelos tempos de acordo com a evolução e circulação do paciente dentro da unidade hospitalar até o envio da informação de produção e faturamento para o SUS. Este mesmo modelo foi desenhando para aumento de faturamento hospitalar em unidades privadas. Nele, a lógica é a mesma para faturamento com os convênios de empresas de assistência médica existentes no mercado. Com base nesta lógica, entendi que o modelo privado, poderia ser aplicado no público<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Ver figura 10 na página 35.

## 6. METODOLOGIA

Tendo traçado o objetivo de nosso trabalho, foi necessário definir os meios de abordagem da problemática. Em primeiro lugar, recorremos à vasta bibliografia que trata de temas como administração, gestão e saúde, que muito impulsionaram o embasamento e desenvolvimento da pesquisa. Foi importante, junto a este trabalho de pesquisa bibliográfico, fazer um levantamento sobre a legislação vigente que se refere às questões relativas à nossa proposta (em parte, incluído na bibliografia). No entanto, uma vez que o trabalho toca questões que tocam de perto à atuação profissional e que, em grande parte, a dissertação busca resolver, era de se esperar que nem todo material necessário já se encontrasse elaborado e publicado. Nossa pesquisa de campo, deste modo, se misturou de perto com a experiência profissional.

Ao assumirmos a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, procuramos previamente entender os principais problemas já na transição de secretariado, que ocorreu no dia 22 de dezembro de 2014. Logo no primeiro dia, ficamos sabendo que o índice constitucional de 12% estava sendo cumprido apenas a fins de competência e não de pagamento das despesas de fato. Portanto, tivemos que logo de imediato iniciar grandes negociações com fornecedores, equipes médicas e diversos tipos de prestadores de serviços da secretaria. Quando o convite para ser secretário foi feito pelo governador Pezão a Felipe Peixoto, já se sabia que no ano de 2015 o Estado passaria por dificuldades financeiras devido à queda de preço do Barril do Petróleo. No entanto, sabendo-se do índice constitucional, sabia-se que para a saúde e educação estava garantido que não faltaria receita. E de fato, ao assumir a gestão passamos por muitas dificuldades, pois os pagamentos autorizados de acordo com o índice, de fato não eram pagos, gerando muita dificuldade para honrar os compromissos, deixando o que é chamado de restos a pagar sempre para o ano seguinte e começando o ano subsequente com despesas geradas nos anos anteriores. Neste período inicial de transição de secretariado, outro ponto importante, foi identificar as principais competências (pessoas) e conhecer os principais processos chave da secretaria para poder iniciar uma governança e ajustes dos processos principais de trabalho.

Diante destes fatos e percebendo o desafio que iríamos encontrar, sendo oriundo da iniciativa privada, a primeira coisa que pensamos é de onde vem as principais receitas e despesas. Conseguimos fazer uma analogia entre o setor público e privado e, percebendo que

a forma de pensar o setor privado se aplicava no setor público, não nos saiu da cabeça buscar novas formas de buscar novas receitas, buscar novo dinheiro.

Julgamos necessário partir de um diagnóstico prévio relativo ao cenário da gestão hospitalar do sistema público levando em conta a situação econômica, financeira e política do país em 2015. Após levantar diversos dados por meio da série histórica, optamos por analisar uma fonte de receita oriunda do governo federal que parecia ser subutilizada pelos gestores da Secretaria de Saúde. Realizamos este levantamento pelo descritivo de três unidades hospitalares, priorizadas com o intuito de testar o modelo, e gradativamente, avançar em outras unidades. Aprofundando o estudo, buscamos entender o porquê da existência de uma lacuna entre a produção real de uma unidade hospitalar ao valor apresentado para faturamento SUS. Este caminho nos motivou a desenvolver toda a estrutura para resolução deste problema.

## 7. O CENÁRIO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ é o órgão do Governo do Estado responsável por formular, implantar e gerenciar as políticas de saúde, o que inclui o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde. Ela tem como missão formular, implantar e gerenciar as políticas públicas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Com a melhoria e eficiência das unidades hospitalares, a SES tende a conseguir melhor orquestrar o que se propõe a ser - gestora. Em minha avaliação, este caminho precisa ser amadurecido pelos próximos gestores da Secretaria Estadual de Saúde: deve-se posicionar, conforme apresentamos, a secretaria como gestora e articuladora, não mais como administradora direta de hospitais. Nos dias de hoje, estão disponíveis e cobertos pelas legislações vigentes diversas alternativas inovadoras de modelos de gestão hospitalar para o setor público, até mesmo uma reflexão para os próximos secretários de Saúde estudarem os clássicos modelos de Parcerias – Público – Privada para Saúde, as PPPs. Estes são modelos exitosos em países como Espanha e Reino Unido. O futuro da Saúde pode passar por estes modelos.

A seguir, para ilustrar o momento em que se encontra o Estado do Rio de Janeiro em 2016, apresentamos o orçamento dimensionado para a Saúde de acordo com o índice constitucional:

Orçamento Temático - Saúde							
Área	Detalhamento	Acumulado/2015	Jan/2016	Fev/2016	Mar/2016	Abr/2016	Acumulado/2016
Saúde	Administração Geral	1.028.421.593,88	51.676.218,06	55.463.043,51	74.512.979,99	63.047.731,34	500.805.297,86
	Assistência ao Idoso	16.908.003,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	4.140.534.948,99	1.718.617,60	393.043.989,90	286.672.393,09	265.624.024,19	2.094.657.871,19
	Atenção Básica	5.535.775,10	0,00	0,00	0,00	1.214,50	100.217,09
	Defesa Civil	94.651.731,08	0,00	5.746.288,95	7.160.254,90	9.918.661,56	65.374.330,73
	Desenvolvimento Científico	8.811.282,12	0,00	900.000,00	273.746,65	0,00	1.177.943,00
	Difusão do Conhecimento Cientif. e Tecnológ.	121.165,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Formação de Recursos Humanos	7.545.897,68	0,00	886.567,71	0,00	490.599,69	3.559.532,78
	Suporte Profilático e Terapêutico	210.615.395,18	0,00	37.183.385,70	7.371.291,14	287.117,69	83.158.424,62
	Vigilância Epidemiológica	19.356.507,59	0,00	1.465.853,11	5.006.356,10	1.132.406,98	13.319.851,79
	Vigilância Sanitária	20.296.684,40	0,00	0,00	445.071,36	1.042.114,62	5.383.087,64
Total		5.552.798.984,07	53.394.835,66	494.689.128,88	381.442.093,23	341.543.870,57	2.767.536.556,70

Dados atualizados até 23/09/2016  
Valores referentes à Despesa Liquidada Acumulada até: 09/2016

Quadro 2: Orçamento Temático – Saúde 2016

Fonte: Portal da Transparência do ERJ – Saúde / 2016

No quadro a seguir, apresento o quantitativo de leitos disponibilizados pela SES no mesmo período que serviu de base para este estudo e que se manteve em 2015 e em 2016. A observação em cima do crescimento da quantidade de leitos disponíveis ao longo dos anos veio de encontro com os recordes de arrecadação do Estado devido ao setor de petróleo (principal fonte de arrecadação do Estado). Com toda dificuldade e penúria do Estado, dificilmente será possível, sem uma gestão eficiente, sustentar todos estes leitos em funcionamento para a população.

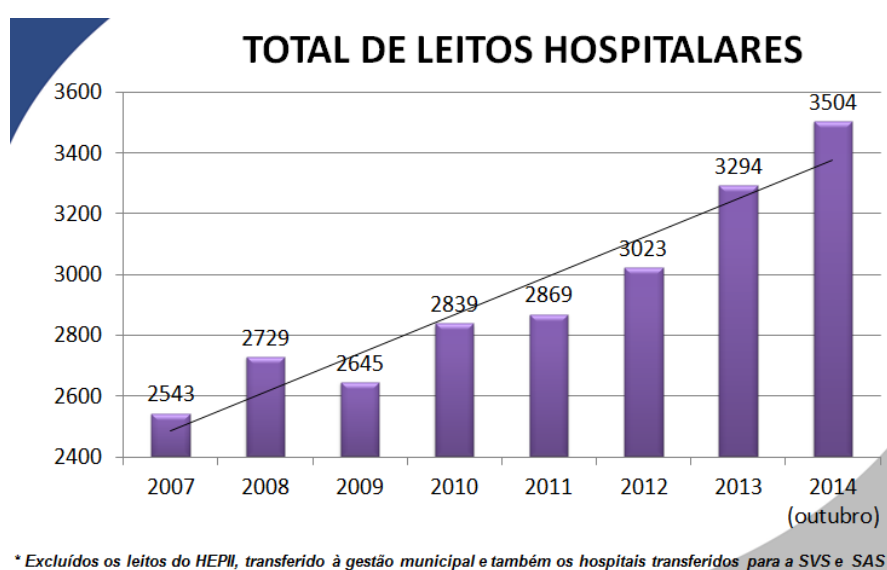


Figura 28: Total de Leitos Hospitalares da SES em 2014

Fonte: SUBUS / SES

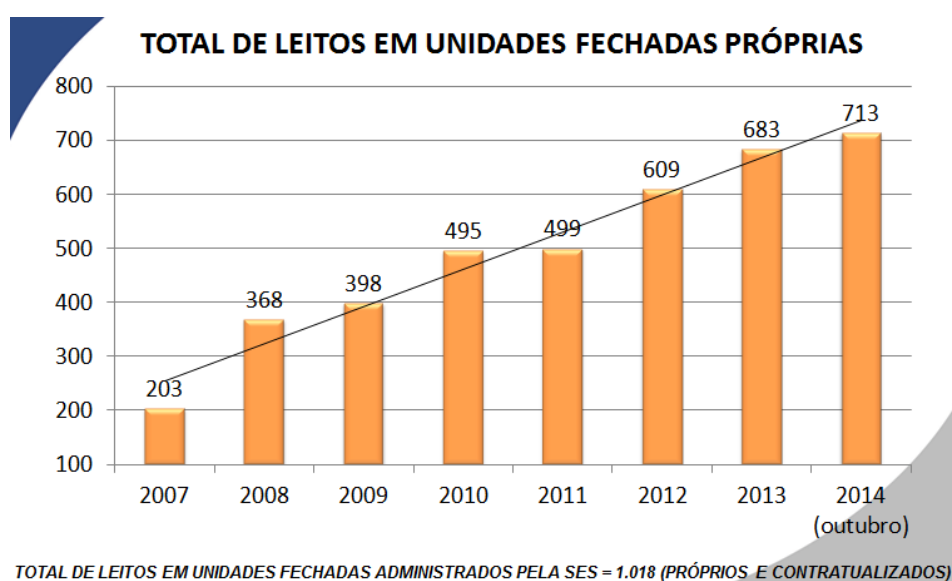


Figura 29: Total de Leitos em Unidades Fechadas – UTI's da SES em 2014

Fonte: SUBUS / SES



A Saúde do Estado do Rio de Janeiro passa por crises prolongadas já há bastante tempo. Observamos uma crise que se agrava no sistema de forma geral, tanto no público, quanto no setor privado. Existe uma relação direta de causa e efeito, pois o problema é sistêmico. Quando há falta de leitos no sistema de Saúde Pública, o próprio Estado, por meio de liminar utiliza o sistema privado. Da mesma forma que o usuário do sistema privado (saúde suplementar), quando perde o seu plano de saúde, que muitas vezes é concedido pela empresa, acaba necessitando do sistema público. Devido à recessão que o país atravessa entre 2015 e 2016, com o aumento acelerado do desemprego, esta questão vem tomando força, sabendo-se que em torno de 85% dos planos de saúde são empresariais.

Esta crise sistêmica vem do próprio sistema (SUS). Vivemos um momento crítico na gestão de saúde, não só no Rio de Janeiro, mas no país, e é preciso discutir em cima de toda a experiência e conhecimentos acumulados entre em gestores do sistema para buscar uma reflexão de quais seriam os possíveis caminhos para o futuro.

Hoje, todos os agentes no sistema, seja público ou privado estão insatisfeitos. Médicos e prestadores, a cada dia que passa, não se satisfazem com a remuneração. Prestadores (clínicas e hospitais privados) tentam se equilibrar a cada dia com seus custos elevados. Em março de 2016, tivemos uma inflação médica em torno de 19%, sendo que, de acordo com o IPCA, as operadoras de saúde reajustam anualmente os prestadores em torno de 9,36%. Entre estes agentes, também existem fornecedores de insumos e equipamentos que dependem dessa cadeia produtiva. O que se observa é que quem mais sai prejudicado no sistema é o paciente e a população. É um sistema que não gera valor para a sociedade, onde todos estão insatisfeitos e a situação está bem crônica.

Esta reflexão se faz necessária para poder avançar nas mudanças e tentar buscar e experimentar alternativas no modelo, seja público, privado ou mesmo inovando por meio de parcerias público-privadas (PPPs). O que se imagina, é que nos próximos 10 anos, este sistema de Saúde será outra coisa, transformado totalmente. Agora, em 2016, estamos no ápice desta ebulição, mostrando que o modelo de sistema existente no Brasil já está esgotado. Temos hoje uma série de inovações tecnológicas em diversos seguimentos, que podem ser facilmente iniciadas na saúde. É o caso de plataformas que eliminam intermediários, colocando fornecedores de serviços em contato direto com o usuário, por exemplo, o UBER. Algo passará por modelos como este para o futuro do setor de saúde.

O SUS foi uma das experiências mais generosas e mais comprometida para atender a população, com premissas e valores da saúde, como o direito à universalidade e ao acesso a

serviços pela população. São valores dos quais o sistema de Saúde não deve e não pode abrir mão.

Deverá haver um compromisso com a reflexão do sistema de Saúde e com seu desenvolvimento, apesar de reconhecer a necessidade de reforma total dele. Segundo Luiz Antonio Santini (2006), o sistema de Saúde avançou em muitos aspectos e, em outros, precisa ser revisto. O processo faz com que haja a necessidade de mudanças, de reformas, e que alguns elementos específicos precisam ser tratados. Na linha de busca de maior eficiência na gestão dos prestadores de Saúde, tentamos trazer para discussão alguns problemas encontrados de maneira geral.

Os pontos que caracterizam a situação atual do sistema de Saúde são a necessidade crescente de recursos financeiros e físicos. A complexidade e a evolução tecnológica avançam a cada dia na prestação de cuidados de saúde, assim como a necessidade de recursos para pesquisa, investimento em gestão e tecnologias para enfrentamento das questões crescentes na área.

A expectativa da população em relação ao que a medicina pode oferecer é cada vez mais alta. Nos dias de hoje, o acesso à informação por meio das mídias digitais e pela internet são enormes. A partir do momento em que o paciente tem acesso à informação sobre avanços e novas opções de tratamentos, recorrem à justiça. Os que lidam com procedimentos de alta complexidade e alto custo são cada vez mais carentes de recursos e tecnologia por determinação via judiciário. Existe também as expectativas geradas pela mídia em relação às possibilidades geradas pela medicina.

Os usuários manifestam cada vez mais insatisfação com os serviços recebidos, enquanto os profissionais de saúde se mostram descontentes e frustrados com as atuais condições de trabalho para o exercício de suas profissões.

De acordo com Santine (2006), podemos caracterizar hoje o que se chama mundialmente de crise da saúde por quatro componentes, começando pela questão demográfica que é do crescente envelhecimento da população. Outra questão importante é a transição epidemiológica, a mudança das características dos tipos de doenças que atingem diretamente a população. Foi o caso do que aconteceu no Brasil final de 2015 e início de 2016, com o surgimento da Zica e da febre Chicungunha e a correlação direta com casos de microcefalia. Também não podemos deixar de mencionar doenças que atingem diretamente a população, como as do tipo crônicas e degenerativas, que se tornaram mais frequente ao invés das doenças do tipo infecciosas.

Outro ponto de peso muito importante é a questão da evolução tecnológica. Em pouco tempo, são incorporados inúmeros equipamentos, medicamentos e recursos técnicos no sistema de saúde, que, no caso da medicina, não podem ser substituídos por outra tecnologia, mas são adicionais.

A questão do financiamento, principalmente no Estado do Rio de Janeiro (ERJ), é prejudicada por diversos fatores. A forte demanda por assistência por parte da população, muitas vezes criada a partir de divulgações de novos medicamentos e equipamentos, faz com que haja crescente utilização de recursos disponíveis no sistema.

De acordo com reportagem do Jornal *O Globo* de 6 de outubro de 2016, como vemos na figura 30, a situação da saúde do ERJ vem se gravando nos últimos 2 anos de forma mais aguda por dificuldades de se cumprir o índice constitucional de 12,00%. De acordo com o Ministério Público Federal, o ERJ vem descumprindo a constituição.

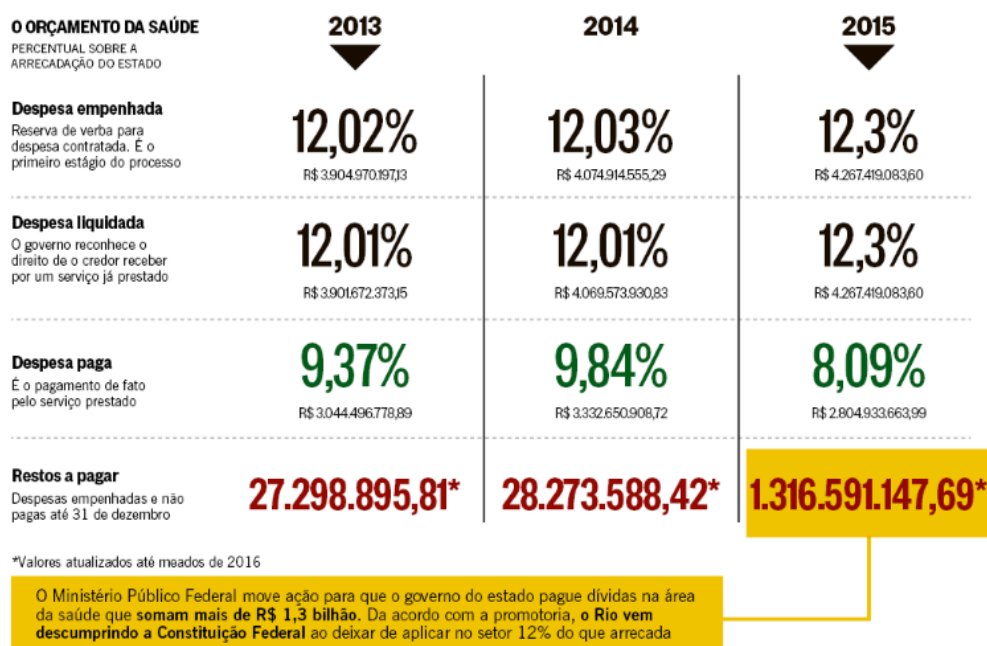


Figura 30: Orçamento da Saúde que o Estado Deixou de Aplicar em 2015

Fonte: Jornal *O Globo*, edição de 06 de outubro de 2016, caderno “RIO”<sup>14</sup>.

O caso, marcado pelo drama da saúde no Estado, que sofre as consequências da crise financeira do Rio desde 2014 e agravada em 2016, foi parar na Justiça. O Ministério Público

<sup>14</sup> Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/mp-move-acao-para-repasse-de-13-bi-que-rio-deixou-de-aplicar-na-saude-20243789>>. Acesso em: 10 out. 2016.

Federal exigiu do governo a transferência imediata de recursos para a saúde do Estado. O montante de R\$ 1,3 bilhão em recursos não repassados ao Fundo Estadual de Saúde (FES) deveriam ter sido aplicados no setor no exercício de 2015. O Estado não gastou esse valor, estabelecido por exigência constitucional, de aplicar 12% da receita arrecadada na área. A informação consta de relatórios de gestão da própria Secretaria Estadual de Saúde, citados na ação civil pública.

De acordo com Procuradores da República, foi observado ainda que o Rio lançou mão, desde 2013, de uma espécie de manobra orçamentária para burlar sistematicamente a lei. Em 2013, os valores empenhados (contratação e reserva da verba) e liquidados (compromisso de pagar pelo bem ou serviço já prestado) alcançaram 12,02% da receita, mas somente 9,37% foram efetivamente pagos. Parte dos valores ficou como “restos a pagar” para o ano seguinte. O mesmo aconteceu em 2014, quando 12,01% foram liquidados, mas só 9,84% repassados ao Fundo Estadual de Saúde. Mas foi em 2015, com o caixa da saúde ainda mais encolhido, que a situação atingiu um ponto crítico, causando a paralisação de unidades da rede de urgência e emergência no final do ano devido à paralização do corpo assistencial. Somente 8,09% (R\$ 2,8 bilhões) foram pagos ao FES. O Estado deixou, então, R\$ 1,4 bilhão como restos a pagar para 2016. Até meados de 2016, apenas R\$ 155 mil haviam sido pagos à saúde.

Um quadro crônico de descumprimento efetivo do percentual mínimo constitucional se agrava em 2016, de acordo com os 12% previstos em lei. Portanto, o que ocorre com o financiamento da saúde pública estadual é uma situação extremamente precária.

De acordo com *O Globo*, em outubro de 2016, o juiz Flávio Oliveira Lucas, da 18ª Vara Federal, determinou que o Estado fizesse o imediato repasse ao FES. Em sua decisão ele considerou que “há realmente necessidade de que se garanta o repasse de recursos (...) ao Fundo Estadual de Saúde (...), já em situação extremamente precária antes mesmo do início da crise financeira noticiada pelo Estado (...)”. O juiz observou que o Estado vive uma situação dramática. “O desequilíbrio financeiro é tamanho que em 17/06/2016 foi decretado estado de calamidade pública pelo governador em exercício Francisco Dornelles”, escreveu. Ele ressaltou que a “crise financeira atinge todos os serviços, mas a saúde ganha destaque diante das consequências sociais que podem ocorrer caso o serviço seja interrompido”, como ocorreu em dezembro, com o fechamento temporário de unidades de saúde. A contínua falta de repasses pode levar ao colapso do atendimento público de saúde, onde já há grave insuficiência de recursos para o financiamento da saúde.

Essa operação do Estado acabou gerando expressivo volume de restos a pagar não quitados em sua totalidade pelo governo. Além disso, situação semelhante se repete a cada

ano com a ausência do oportuno repasse mês a mês da contrapartida estadual ao Fundo Estadual de Saúde, tal como afirmou a Procuradora da República Roberta Trajano.

Com base em relatórios produzidos pela própria Secretaria estadual de Saúde, além de material reunido por uma assessoria técnica do Ministério Público Estadual e por uma comissão formada pelo Conselho Regional de Medicina (Cremerj), o Ministério Público Federal comprovou o descumprimento do repasse mínimo para a saúde fixado pela Constituição. São evidentes os reiterados adiamentos de pagamento ao FES, totalizando R\$ 1.372.163.631,92 em restos a pagar para o ano subsequente e reduzindo drasticamente o financiamento da saúde no Estado.

A rede assistencial do Estado se encontra em calamidade, a cada dia com menos condições de se manter em funcionamento para atendimento da população. Conforme descritivo do Relatório de Acompanhamento Mensal – RAM, da Contadoria Geral do Estado - CGE, foi acompanhado e analisado o desempenho mensal da gestão orçamentária, financeira e fiscal do Estado do Rio de Janeiro, previamente estabelecidas na LDO e LOA. Além disso, foi avaliado o cumprimento das metas fiscais dos limites legais e constitucionais através de dados extraídos dos sistemas corporativos SIG e SIAFEM.

#### Receita Orçamentaria do Estado do Rio de Janeiro em setembro de 2015

O art. 2º da Lei 6.955 de 13 de janeiro de 2015 (LOA 2015) estimou a receita total dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social em R\$ 90.311.431 mil, distribuídos da seguinte forma: R\$ 69.164.211 mil para o Orçamento Fiscal e R\$ 13.639.809 mil para o Orçamento da Seguridade Social. Já as deduções da receita foram estimadas em R\$ 7.507.411 mil, totalizando uma previsão de arrecadação líquida de R\$ 82.804.020 mil.

#### Acompanhamento das Metas de Arrecadação

Os valores que compõem as colunas A, B e C do quadro 3 abaixo são provenientes, respectivamente, da Previsão Atualizada de receita, das metas bimestrais de arrecadação 2015 divulgadas pela Secretaria de Fazenda através da Resolução SEFAZ N° 842 de 10 de fevereiro de 2015, e do total efetivamente arrecadado pelo Estado até o mês a que se refere este relatório.

A arrecadação efetiva é composta pela receita líquida das respectivas deduções, tais como restituições, descontos, retificações, deduções para o FUNDEB e repartições de receita

entre os entes da Federação, quando registradas como dedução, conforme orientação do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP).

ARRECADAÇÃO X PREVISÃO E META DE ARRECADAÇÃO					R\$ Mil
Especificação	Previsão Atualizada (A)	Meta 5º Bimestre (B)	Arrecadação Até Setembro (C)	Arrecadação/ Meta (C/B)	Realizado Anual (C/A)
Receitas Correntes	65.300.304	52.025.044	39.693.694	76,30%	60,79%
Receitas de Capital	13.078.890	8.226.719	3.058.338	37,18%	23,38%
Receitas Intra-Orçamentárias Corrente	4.453.341	3.514.800	2.477.937	70,50%	55,64%
Receitas Intra-Orçamentárias de Capital	-	-	297	0,00%	0,00%
<b>Total Geral</b>	<b>82.832.536</b>	<b>63.766.564</b>	<b>45.230.265</b>	<b>70,93%</b>	<b>54,60%</b>

Fonte : SIG/SIAFEM-RJ - Secretaria de Estado de Fazenda e Resolução Sefaz N°842 de 10 de fevereiro de 2015.

### Quadro 3: Arrecadação X Previsão e Meta de Arrecadação

Fonte: RAM – Setembro / 2015

Os percentuais auferidos nas duas últimas colunas permitem fazer um acompanhamento mensal da realização de receitas face aos valores quantificados pelas Metas de Arrecadação e a Previsão Atualizada do Estado referente a Lei Orçamentaria Estatual - LOA.

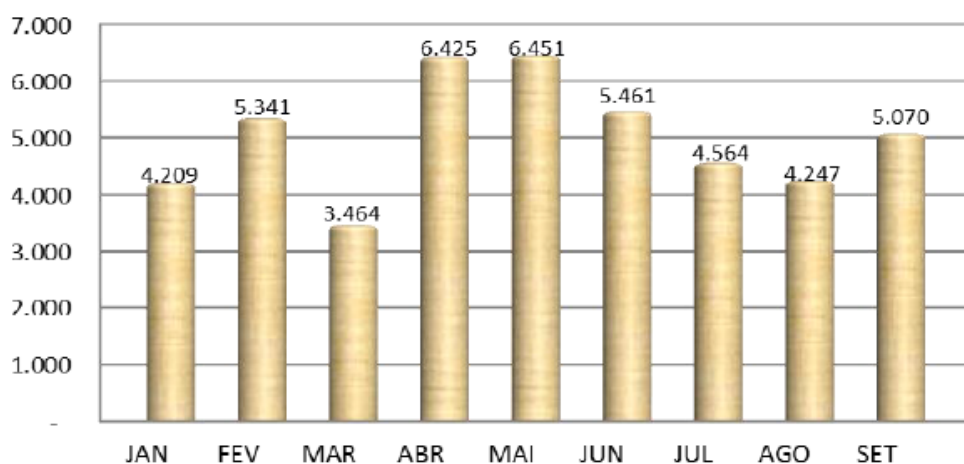
### Análise mensal da Receita Orçamentária Arrecadada

O quadro a seguir apresenta as variações dos valores **arrecadados mensalmente** com as receitas correntes, de capital e intra-orçamentárias no bimestre de referência em 2015.

RECEITA ARRECADADA POR CATEGORIA ECONÔMICA E ORIGEM				R\$ Mil
Especificação	Até Setembro	Até Agosto	Var. Mensal	
<b>Corrente</b>	<b>39.693.694</b>	<b>35.353.897</b>	<b>12,28%</b>	
11. Tributária	21.885.925	19.537.368	12,02%	
12. Contribuições	1.398.032	1.236.350	13,08%	
13. Patrimonial	3.766.260	3.522.489	6,92%	
14. Agropecuária	38	37	4,52%	
15. Industrial	118.191	82.388	43,46%	
16. Serviços	281.695	243.682	15,60%	
17. Transf. Correntes	3.977.286	3.556.180	11,84%	
19. Outras Correntes	8.266.267	7.175.402	15,20%	
<b>Capital</b>	<b>3.058.338</b>	<b>2.484.745</b>	<b>23,08%</b>	
21. Operações de Crédito	2.548.251	2.055.731	23,96%	
22. Alienação de Bens	10.984	10.984	0,00%	
23. Amort. de Empréstimos	270.795	240.488	12,60%	
24. Transf. de Capital	228.308	177.543	28,59%	
25. Outras de Capital	-	-	0,00%	
<b>Intra-orçamentária</b>	<b>2.478.234</b>	<b>2.321.908</b>	<b>6,73%</b>	
<b>Arrecadação Líquida Total</b>	<b>45.230.265</b>	<b>40.160.550</b>	<b>12,62%</b>	

### Quadro 4: Receita Arrecadada por Categoria Econômica e Origem

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015



Quadro 5: Evolução Mensal da Receita do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015

#### Principais Receitas do Estado do Rio de Janeiro

Para uma melhor análise da composição do total das receitas orçamentárias arrecadadas, destacamos no quadro 6 a seguir as principais fontes de arrecadação do Estado, discriminadas por alíneas, que contribuem de forma significativa para o cômputo do resultado final. Para efeito de relevância da análise, a receita com operações de créditos foi agrupada em rubricas.

RECEITA ORÇAMENTÁRIA ARRECADADA POR ALÍNEA					R\$ Mil
Receita Arrecadada	Até Setembro		Até Agosto		Variação Mensal
	R\$ MIL	PART.	R\$ MIL	PART.	
111204 IRRF	2.344.193	5,18%	2.024.416	5,04%	15,80%
111205 IPVA	872.565	1,93%	851.137	2,12%	2,52%
111300 ICMS - FECF	2.234.949	4,94%	1.984.121	4,94%	12,64%
111302 ICMS	14.133.745	31,25%	12.590.006	31,35%	12,26%
112299 Outras Taxas pela Prestação de Serviços	807.415	1,79%	745.420	1,86%	8,32%
121029 Contrib. Previdenciárias	1.331.727	2,94%	1.181.384	2,94%	12,73%
134099 ROYALTIES	3.019.845	6,68%	2.847.292	7,09%	6,06%
172101 Participação da Receita na União	1.028.634	2,27%	936.428	2,33%	9,85%
172133 Transferências de Recursos do SUS	460.664	1,02%	408.208	1,02%	12,85%
172401 FUNDEB	1.944.730	4,30%	1.731.522	4,31%	12,31%
199099 Outras Receitas	7.463.545	16,50%	6.443.203	16,04%	15,84%
210000 OPERAÇÕES DE CRÉDITO	2.548.251	5,63%	2.055.731	5,12%	23,96%
- Intra-Orçamentária	2.478.234	5,48%	2.321.908	5,78%	6,73%
- Demais Receitas	4.561.769	10,09%	4.039.777	10,06%	12,92%
<b>Total</b>	<b>45.230.265</b>	<b>100,00%</b>	<b>40.160.550</b>	<b>100,00%</b>	<b>12,62%</b>

Fonte: SIG / SIAFEM

#### Quadro 6: Receita Orçamentária Arrecadada por Alíneas

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015

#### Despesas Orçamentárias

Para as despesas, o total fixado na LOA/2015, foi distribuído da seguinte forma: R\$ 56.750.900 mil para o Orçamento Fiscal, R\$ 22.161.480 mil para o Orçamento da Seguridade Social e R\$ 3.891.640 mil correspondentes ao refinanciamento da dívida pública estadual, constante do Orçamento Fiscal.

Cabe ressaltar que o saldo da Previsão Inicial se encontra diferente da Dotação Inicial, por conta do superávit previsto para o exercício, no valor de R\$ 2.658 mil, conforme o “Demonstrativo da Receita e Despesa Segundo as Categorias Econômicas”, constante do volume 1 da LOA 2015 (Lei 6.955/2015)<sup>15</sup>.

#### Execução Orçamentária da Despesa

<sup>15</sup> Disponível na página 45 de <http://download.rj.gov.br/documentos/10112/186190/DLFE-74831.pdf/LOA2015Voll.pdf>.



A tabela a seguir tem o objetivo de demonstrar as alterações orçamentárias ocorridas a partir da dotação inicialmente fixada na LOA para o exercício de 2015, bem como acompanhar a política de contenção e contingenciamento orçamentário estabelecida pelo Governo do Estado ao longo do ano, e demonstrar os valores empenhados, liquidados e pagos até o mês em referência, tendo como base o orçamento efetivamente autorizado para execução.

ALTERAÇÕES / AUTORIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		R\$ Mil	
Descrição	Setembro	Agosto	
<b>Dotação Inicial</b>	<b>82.801.362</b>	<b>82.801.362</b>	
(+) Créditos Adicionais	16.133.226	14.294.033	
(-) Dotação Cancelada	(11.807.894)	(10.636.790)	
(+) Alt. QDD Acréscimos	257.595	256.887	
(-) Alt. QDD Reduções	(257.595)	(256.887)	
<b>Dotação Atual</b>	<b>87.126.694</b>	<b>86.448.631</b>	
(-) Crédito Contido	(238.876)	(241.876)	
(-) Contingenciamento Ato Adm	(6.616.185)	(7.737.617)	
<b>Despesa Autorizada</b>	<b>80.271.633</b>	<b>78.479.112</b>	
Despesa Empenhada	51.521.999	46.775.178	
<b>Despesa Liquidada</b>	<b>47.806.613</b>	<b>42.859.895</b>	
Despesa Paga	44.553.379	39.976.615	

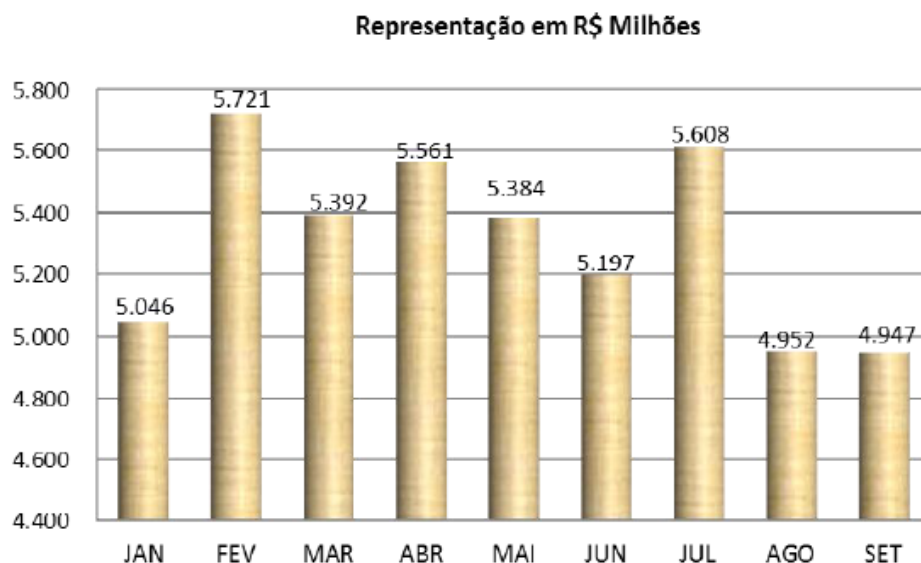
Fonte: SIG / SIAFEM

Obs.: Este demonstrativo considera as despesas intra-orçamentárias.

#### Quadro 7: Alterações - Autorização Orçamentária

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015

O quadro 8 a seguir apresenta as variações dos valores liquidados com as despesas correntes, de capital e intra-orçamentárias a partir de janeiro de 2015.



### Quadro 8: Evolução Mensal da Despesa do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015

#### Despesa por Função do Estado do Rio de Janeiro

A função é o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público, revelando a prioridade na destinação dos recursos públicos. Até o mês em análise, a alocação dos recursos ocorreu da seguinte forma.

DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS POR FUNÇÃO					R\$ Mil
Função	Despesa Liquidada				Variação Mensal
	Até Setembro		Até Agosto		
	R\$ MIL	PART.	R\$ MIL	PART.	
01 - Legislativa	927.159	1,94%	818.724	1,91%	13,24%
02 - Judiciária	2.794.587	5,85%	2.460.841	5,74%	13,56%
03 - Essencial à Justiça	1.444.439	3,02%	1.287.833	3,00%	12,16%
04 - Administração	1.422.538	2,98%	1.260.630	2,94%	12,84%
06 - Segurança Pública	6.143.171	12,85%	5.465.208	12,75%	12,41%
09 - Previdência Social	11.384.461	23,81%	10.197.124	23,79%	11,64%
10 - Saúde	3.090.735	6,47%	2.694.745	6,29%	14,69%
12 - Educação	4.448.716	9,31%	3.978.810	9,28%	11,81%
26 - Transporte	3.346.992	7,00%	3.047.992	7,11%	9,81%
28 - Encargos Especiais	6.976.252	14,59%	6.248.157	14,58%	11,65%
Demais Funções	2.635.783	5,51%	2.301.001	5,37%	14,55%
Intra-Orçamentária	3.191.780	6,68%	3.098.832	7,23%	3,00%
Total Despesa Liquidada	47.806.613	100,00%	42.859.895	100,00%	11,54%

Obs: Excluídas a Imprensa Oficial, a CEDAE e a AGERIO por não se enquadrarem no conceito de Empresa Dependente.

### Quadro 9: Demonstrativo da Execução das Despesas Por Função

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015

#### Resultado Orçamentário

Pode-se observar, no orçamento inicial aprovado, uma tendência à capitalização, visto que as Receitas de Capital Previstas estão aquém dos valores inicialmente fixado para a execução das Despesas de Capital, de forma que a sobra prevista de Receitas Correntes seja destinadas à aplicação em Despesas de Capital. Porém, a efetivação ou não desta tendência de capitalização do orçamento deverá ser averiguada ao longo do exercício

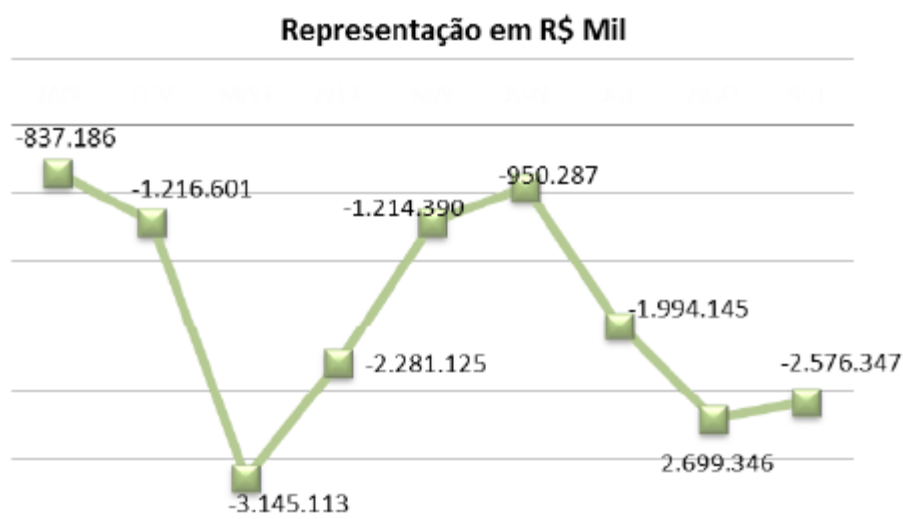
RESULTADO ORÇAMENTÁRIO				R\$ Mil
Especificação	LOA 2015	Até Setembro	Até Agosto	Var. Mês
Receita Corrente (Arrec. Líquida)	65.108.995	39.693.694	35.353.897	12,28%
Despesa Corrente	(63.265.463)	(37.919.674)	(33.832.077)	12,08%
<b>Resultado do Orçamento Corrente</b>	<b>1.843.532</b>	<b>1.774.020</b>	<b>1.521.820</b>	<b>16,57%</b>
Receita de Capital	13.232.825	3.058.338	2.484.745	23,08%
Despesa de Capital	(15.072.912)	(6.695.159)	(5.928.986)	12,92%
<b>Resultado do Orçamento de Capital</b>	<b>(1.840.087)</b>	<b>(3.636.821)</b>	<b>(3.444.241)</b>	<b>5,59%</b>
Reserva de Contingências	(300)	-	-	0,00%
<b>Resultado Orçamentário s/ Intra</b>	<b>3.145</b>	<b>(1.862.801)</b>	<b>(1.922.421)</b>	<b>-3,10%</b>
Receita Intra-Orçamentária	4.462.200	2.478.234	2.321.908	6,73%
Despesa Intra-Orçamentária	(4.462.687)	(3.191.780)	-(3.098.832)	3,00%
<b>Resultado Orçamentário c/ Intra</b>	<b>2.658</b>	<b>(2.576.347)</b>	<b>(2.699.346)</b>	<b>-4,56%</b>

Obs: Excluídas a Imprensa Oficial, a CEDAE e a AGERIO por não se enquadrarem no conceito de Empresa Dependente.

Quadro 10: Resultado Orçamentário do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015

O quadro 11 a seguir apresenta a evolução mensal do resultado orçamentário acumulado extraído do montante arrecadado em confronto com o total empenhado:



Fonte: Siafem/SIG

Quadro 11: Resultado Orçamentário

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015 – Saúde

A aplicação de recursos do Tesouro Estadual em Saúde foi fixada nos limites constitucionais através da EC 29, de 13 de setembro de 2000, que acrescentou artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, assegurando a aplicação mínima obrigatória de **12%** do produto da arrecadação dos Impostos Estaduais, do produto da arrecadação do imposto da União sobre a renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte sobre

rendimentos pagos a qualquer título pelos Estados, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem, e as transferências ao FPE, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios.

AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE			R\$ Mil
DESCRIÇÃO	Até Setembro	Até Agosto	Var. Mensal
(+) Impostos (IRRF + IPVA + ITCMD + FECP + ICMS + ICM)	30.881.501	27.607.522	11,86%
(+) Transferências Recebidas (FPE + IPI + LEI COMP. 87/96)	1.479.253	1.341.517	10,27%
(+) Dívida Ativa dos Respectivos Impostos	212.539	200.729	5,88%
(+) Receitas de Multas ref. a Impostos e Dívida Ativa	461.765	420.677	9,77%
(-) Transf. aos Municípios (IPVA + ICMS + ICM + IPI E DÍVIDA ATIVA)	(7.299.207)	(6.600.829)	10,58%
<b>Total da Base de Cálculo (I)</b>	<b>25.735.851</b>	<b>22.969.616</b>	<b>12,04%</b>
<b>Total a Ser Aplicado em Saúde (12% da Base de Cálculo)</b>	<b>3.088.302</b>	<b>2.756.354</b>	<b>12,04%</b>
(+) Despesas com Saúde (Fonte: 00, 22 e 23)	2.754.175	2.435.487	13,09%
(-) Total das Deduções	(232.190)	(214.157)	8,42%
<b>Total das Despesas Consideradas com Ações e Serviços de Saúde (II)</b>	<b>2.521.985</b>	<b>2.221.330</b>	<b>13,53%</b>
<b>Percentual Aplicado (II ÷ I)</b>	<b>9,80%</b>	<b>9,67%</b>	<b>1,33%</b>
<b>Valor Restante a Ser Aplicado para Cumprimento do Índice</b>	<b>566.317</b>	<b>535.024</b>	<b>5,85%</b>

Fonte: SIG/SIAFEM-RJ - Secretaria de Estado de Fazenda

#### Quadro 12: Ações e Serviços Públicos de Saúde

Fonte: RAM – Contadoria Geral do Estado - Superintendência de Relatórios Gerenciais / setembro 2015

Conforme os critérios apresentados no Manual de Demonstrativos Fiscais – 6ª Edição, o percentual alcançado com ações e serviços públicos de saúde tem como base a despesa empenhada.

Cabe destacar que, em 13 de janeiro de 2012, foi editada a lei complementar 141, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 esferas de governo. Destacamos a seguir as principais mudanças introduzidas:

☛ Eventual diferença que implique o não atendimento, dos recursos mínimos previstos na Lei Complementar - LC 141 deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao de apuração da diferença sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência.

☛ No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados e pelos Municípios a União e os Estados poderão restringir o repasse dos recursos do Fundo de Participação do Estado e do Fundo de Participação do Município, até o montante correspondente à parcela do

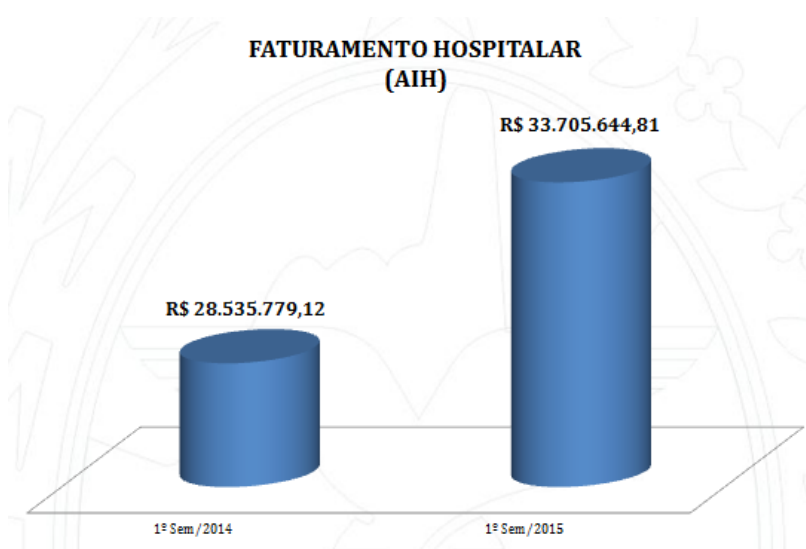
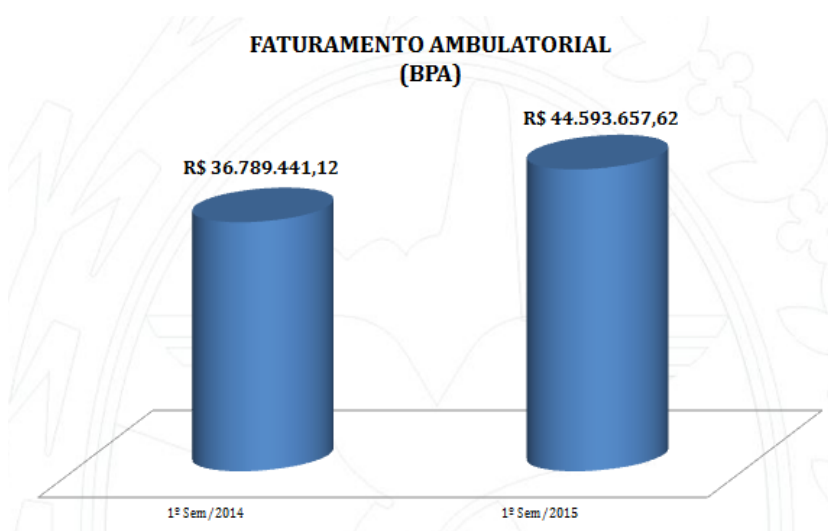
mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo Estadual de Saúde.

☛ A Lei Complementar - LC 141 dispõe ainda que no prazo de 90 dias da sua publicação, os Poderes Executivos da União e de cada Estado deverão editar atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados. Em atendimento a este dispositivo, foi editado o Decreto Federal nº 7.827, de 16 de Outubro de 2012.

☛ O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) evidenciará, por meio de cálculos automáticos, os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, e ainda deverá gerar o Anexo 12 - Demonstrativo das Despesas com ASPS do RREO (LC 141/Art.35). Além disso, SIOPS terá que ser ajustado, inclusive para incluir um módulo de auditoria dos Tribunais de Contas.

## 8. RESULTADOS

A relevância deste trabalho reflete a importância da implantação de mecanismo de controle e gestão para resultados com a disciplina da gestão. Pretendemos, assim, criar um painel de controle por meio de um conjunto de indicadores financeiros de qualidade e assistenciais que garantam a utilização correta dos recursos financeiros destinados à saúde, por meio de um *framework* para facilitar o acompanhamento das metas estabelecidas pelos gestores atuais e futuros.



Figuras 31e 32: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015  
Fonte: Dados Faturamento SIH SUS, 2013-2014 (Data SUS).

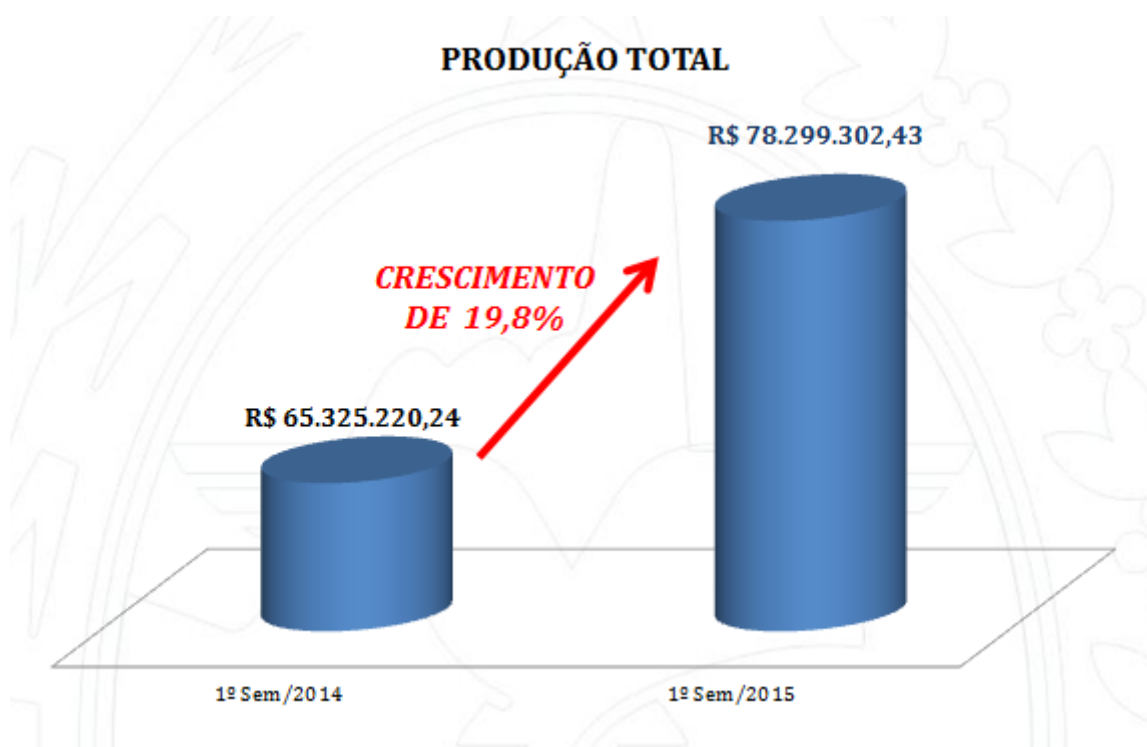


Figura 33: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015

Fonte: Dados Faturamento SIH SUS, 2013-2014 (Data SUS).

Na ocasião em que este trabalho foi desenvolvido, o objetivo maior foi justamente confirmar a hipótese de que haveria novas fontes de receita, e que ajudaria a propor o aumento do teto financeiro do Estado. Durante o desenvolvimento do trabalho, também tivemos como prioridade manter as unidades abertas e funcionando para atendimento à população. De acordo com Istvan Karoly Kasznar (in: OLIVEIRA; KASZNAR, 2015), dada a complexidade do setor de saúde, podem haver outros fatores e variáveis que podemos abordar com algumas premissas para que a demanda por saúde possa se expandir na medida em que há meios de pagá-la e de provê-la. Há, portanto, ano após ano, uma certa “demanda que se atende” ou uma “demanda mínima” que aparece porque é atendida e logo suprida. É importante perceber que, no caso de demanda e da oferta de serviços e produtos de saúde, há um componente que pode ser satisfeito por meio dos mecanismos de mercado e há uma segunda parte que não o é porque, em função da alta miséria e pobreza em que vive grande parte da população, é preciso suprir saúde mediante políticas públicas de cunho social adequadas. Ao desenvolver a gestão na SES, percebia que a cada serviço melhorado e ou um novo serviço oferecido, existia uma demanda reprimida que nunca acabava, pois aquela determinada população não era atendida.

Desdobrando o resultado, podemos concluir que, com a implantação desta proposta de trabalho, também obtivemos êxito comparando o mesmo período de crescimento do resultado financeiro de melhoria de faturamento SUS, também um crescimento no número de AIH's aprovadas, refletindo no número de atendimentos, considerando que cada AIH é uma internação gerada, apresentando um crescimento de 41,67%, conforme gráficos a seguir.

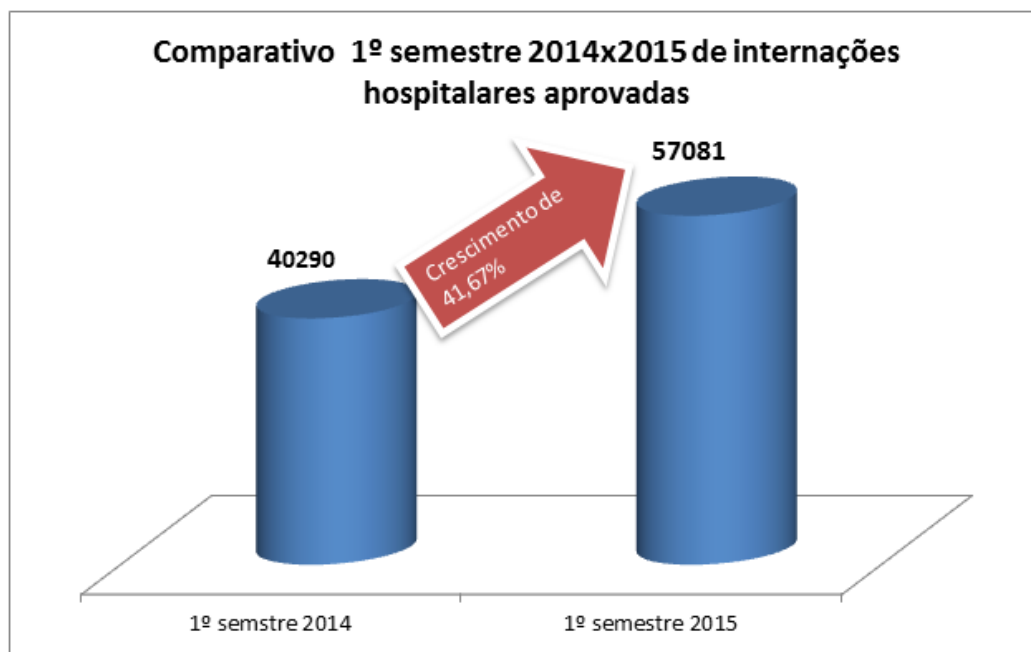


Figura 34: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015 Internações hospitalares aprovadas  
Fonte: Dados Faturamento SIH SUS, 2013-2014 (Data SUS)

Também obtivemos êxito no crescimento do número de atendimentos ambulatoriais aprovados com aumento de 16,77 %, comparando o mesmo período.



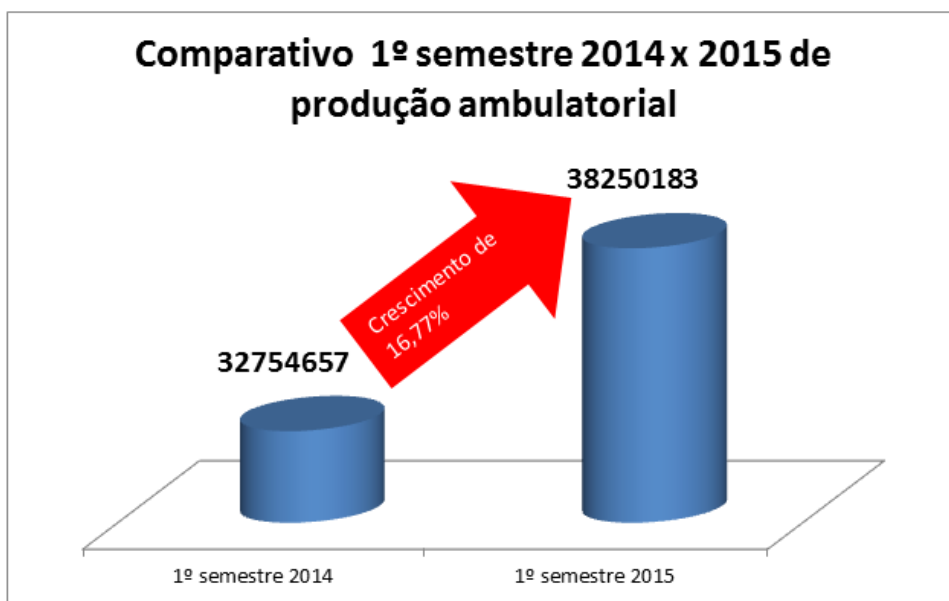


Figura 35: Comparativo primeiro semestre 2014 X 2015 Produção Ambulatorial aprovadas  
Fonte: Dados Faturamento SIH SUS, 2013-2014 (Data SUS)

Segundo Istvan Karoly Kasznar (in: OLIVEIRA; KASZNAR, 2015), com a despesa com saúde, é preciso mirar-se no interesse social, e não no interesse mercantil. E o que concerne à parte do provimento popular, a de pessoas destituídas de condições para assegurarem os recursos que beneficiarão sua própria saúde, ou seja, o interesse social, é normalmente provido pelas três esferas de poder, pelo Estado, por intermédios do fornecimento de verbas públicas aprovadas mediante orçamentos federais, estaduais e municipais.

## 9. CONCLUSÃO

De acordo com a apresentação deste trabalho, observamos que sua continuidade é de extrema importância para o Estado do Rio de Janeiro. Ter a oportunidade de estruturar processos de gestão que tenha uma relação direta com a melhora na obtenção de receita faz todo o sentido. Este trabalho é um convite para uma reflexão mais ampla para captação de recursos que são extremamente necessários para manutenção das unidades de saúde do Estado. Conforme demonstrado nos resultados financeiros do ERJ, em anos anteriores a este estudo, o Rio de Janeiro se beneficiou muito dos melhores tempos de arrecadação devido à indústria do petróleo e de seus *royalties*. Nos anos de 2014, 2015 e 2016, o Estado foi gravemente afetado em suas contas, prejudicando drasticamente a saúde. Cabe aqui também ressaltar a reflexão em cima dos modelos organizacionais possíveis para gestão de unidades hospitalares e de Centro de Diagnósticos por Imagem, como as Organizações Sociais de Saúde e, possivelmente as PPPs Parcerias Público Privada, modelos que se mostram mais ágeis e eficientes, mais compatíveis com a gestão moderna e com toda a abordagem apresentada aqui neste trabalho.

Destaco a diferença entre estes modelos. A OSS não é uma parceria pública-privada, como é dito por muitos que desconhecem estas alternativas, mas designa diferentes modalidades de gestão. A OSS é gerida por meio de contrato de gestão pactuado entre o governo e uma organização social, contratos de até cinco anos renovados por meio de qualificação e seleção anualmente, caso as metas estejam sendo cumpridas de acordo com o pactuado. É feito repasse de custeio e investimento do Estado para o contrato.

Segundo Flavio Lobo (in: NAVES, 2014), o Contrato de Gestão é um instrumento elaborado para garantir, por um prazo determinado, tanto a efetiva perseguição de metas de interesse público por parte da OSS quanto o repasse dos recursos necessários por parte do Estado. Já uma PPP permite, por meio de licitação, concessões entre empresas privadas e contratos que variam de cinco a trinta anos, permitindo o lucro. Por meio do contrato de PPP, o parceiro privado será responsável pela gestão de serviços assistenciais e não assistenciais ao longo de prazo a ser definido em detalhes pela modelagem. Os serviços serão ofertados com base em indicadores de desempenho pré-pactuados que, inclusive, balizarão a remuneração final esperada pelo parceiro privado.

Na perspectiva fiscal, o limite de comprometimento com contraprestações de 5% da Receita Corrente Líquida, conforme Lei de PPPs, poderá ser um importante desafio a ultrapassar, pelo que será relevante as responsabilidades financeiras e contratuais decorrentes da parceria com a entidade privada selecionada.

Sobre os benefícios das PPPs frente às Organizações Sociais, em resposta ao mau gerenciamento das redes de saúde, as várias esferas do governo no Brasil vêm tentando adotar modelos emergenciais alternativos, como as Organizações Sociais de Saúde para suas unidades. Nas OSS, organizações sem fins lucrativos são responsáveis por prover os serviços de saúde através de contratos de curto prazo (máximo de 5 anos). As unidades permanecem públicas e atendem exclusivamente ao SUS.

Com as PPPs, os gestores públicos viabilizam reformas, construção, investimento em equipamentos e tecnologia de informação e comunicação. Além disso, por envolver uma gestão de longo prazo, as PPPs garantem uma administração mais estável e possibilidade de melhorias de longo prazo, não só emergenciais e maiores investimentos para melhora da qualidade dos serviços ofertados. É permitido o lucro na concessão para o parceiro privado, diferente da OSS, que é sem fins lucrativos.

Este trabalho propõe a estruturação de mecanismos para captação de receita na fonte do governo federal, pelo faturamento SUS ao Ministério da Saúde. A proposta é ter uma estrutura de processos de gestão organizada, de modo que se aproveite todo o potencial e possibilidades para faturar integralmente de acordo com o Teto Financeiro para faturamento SUS autorizado pelo Ministério da Saúde. Conforme demonstramos, o Teto Financeiro de Faturamento autorizado para o Estado do Rio de Janeiro não é aproveitado em sua totalidade, deixando um déficit que seria importante para manutenção destas unidades.

A intervenção aqui proposta veio justamente com o objetivo de encurtar esta lacuna existente e propor um novo Teto financeiro para o Faturamento SUS no Estado.

Iniciativas como esta, por meio do processo de tentativa e erro, vão permitir o crescimento garantindo pequenos sucessos como base nos próprios resultados alcançados. Sucessivamente novos resultados são permitidos e ganham legitimidade para algo maior, além de prazos mais curtos e mutantes, até acertar na média mais do que errar.

O caminho de projetos-pilotos e experimentações como esta, são pequenas tentativas que podem contribuir para grandes soluções. Pequenos projetos em sistemas complexos, como é o sistema de saúde, por meio de tentativa e erro, podem trazer ganhos inimagináveis para gestão pública.

O sistema de saúde por si só é complexo e acredito que, através de iniciativas como as apresentadas neste trabalho, é possível contribuir para criar no setor público a cultura da resolução de problemas, aproveitando a totalidade de recursos disponíveis no sistema de saúde, tanto financeiros quando oportunidades em inovações estruturais e tecnológicas.

Evandro Tinoco Mesquita (in: OLIVEIRA; KASZNAR, 2015) questiona se o modelo que nós desenvolvemos para atuar sobre o problema saúde da precisa ser reformulado. O presidente americano Barack Obama chamou a atenção para o fato de que a solução do problema de saúde precisa ser disruptivo, olhar fora da caixa e mudar o modelo de financiamento e acesso e o modelo de gerirmos a saúde. Do modo semelhante, neste trabalho fazemos uma analogia do que é gestão com objetivo de organizar e solucionar problemas, por meio de tentativa e erro, funciona a medicina. Segundo Evandro Tinoco Mesquita (in: OLIVEIRA; KASZNAR, 2015), atualmente, quando um médico examina um homem de 60 anos com diabetes, vê o nível de glicose, receita um remédio e diz o seguinte: “se o nível de glicose não melhorar, eu vou associar outro tipo de medicamento ao tratamento”. Esse modelo é chamado de medicina tentativa e erro. O médico faz o diagnóstico, trata, monitora para ver se ocorre melhora e busca outro tipo de remédio - é este o grande modelo da medicina, que se assemelha ao grande modelo do que é gestão.

Com este modelo aplicado a este trabalho, constatamos que a intervenção por meio da gestão numa lacuna identificada no modelo de financiamento da SES nos motivou a avançar, identificando oportunidades de melhoria (diagnóstico), tratando (capacitando e treinando), acompanhando os resultados e suas evoluções (monitoramento) e buscando os remédios necessários para a melhoria contínua do modelo.

Fica aqui esta reflexão para continuidade deste trabalho, pois, na transição de Secretário Estadual de Saúde entre os anos de 2015 e 2016, não houve a continuidade deste modelo de processos de gestão para melhoria do Faturamento SUS e evolução do papel da secretaria como posicionamento de gestora de saúde. Isto prejudica ainda mais a captação de recursos para manter em funcionamento as organizações de saúde do Estado.

Durante a gestão da Secretaria de Estado de Saúde em 2015, ano em que se iniciou todo o esforço para implementação deste trabalho, houve um gasto do governo para continuidade do modelo proposto por este trabalho. Gastos com equipes de trabalho, tempo e até mesmo, assim como foi estudado, com a continuidade, através da contratação de uma consultoria renomada em gestão no mercado para poder avançar com mais rapidez em busca do tão importante resultado.

A ênfase neste caminho de buscar uma sustentabilidade econômico-financeira das Organizações de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, por meio de uma proposta de *framework* para aumento de faturamento SUS, tornou-se uma das principais metas do Governador Luiz Fernando de Souza Pezão.

Muitas iniciativas como estas de melhorar a gestão da máquina são interrompidas por troca de secretariado e de governo. Isto gera um custo enorme para os cofres públicos e, conseqüentemente, para a população, que acaba sempre sendo prejudicada, pois os recursos disponíveis acabam não sendo priorizados e desperdiçados. Iniciativas de resultados se perdem pelo caminho entre uma gestão e outra pelas maneiras distintas de pensar de seus diferentes gestores. Não há, de fato, uma continuidade.

Neste sentido, outro esforço grande feito em 2015 foi a estruturação de 4 projetos de PPPs - Parceria Público-Privada, sendo de 3 hospitais e de um Centro Unificado de Diagnóstico por Imagem-, em que seria renovado o parque tecnológico de imagem, reequipando toda rede hospitalar com equipamentos atuais e modernos geridos por uma central de laudos unificada. Isto possibilitaria ainda o ganho de escala, reduzindo custos com equipes médicas e manutenção. Este projeto de PPP, chamado Rio Imagem, avançado também como uma das principais prioridades do governador, foi estruturado e ganhou aprovação pelo Banco Mundial por meio do IFC – Corporação Financeira do Banco Mundial. É a maior instituição de desenvolvimento global voltada para o setor privado nos países em desenvolvimento. Este projeto foi aprovado em dezembro de 2015 e não teve sua continuidade devido à troca de secretariado. Se tivesse sido continuado, seria de grande valia para o Estado em ganhos de sustentabilidade financeira, de aprendizado para futuros modelos organizacionais em saúde, e serviria como um piloto importante para evoluir novas unidades neste sentido inovador com a lógica de gestão. Todo o esforço e estruturação de projetos não avançou por questões políticas. Seria preciso uma espécie de habilitadores mais estruturados para encaixar todo o estudo apresentado nesta dissertação.

Gestão requer uma série de mecanismos organizados que, em torno de objetivos, se encaixam para atingir resultados. Toda esta abordagem, ajudaria nesta evolução, aumentando assim ganhos de eficiência para o Estado e população.

Faço, por fim, um apelo aos governantes do Estado do Rio de Janeiro, pois este projeto tem total condições de ser continuado e faz sentido para melhoria das contas da Secretaria de Estado de Saúde – SES. Com o pouco que foi feito para habilitação dos leitos existentes e a melhoria do fluxo de informações entre as unidades de saúde e o nível central da secretaria, os resultados obtidos com rapidez demonstram a necessidade de continuidade. Julgo também que

é de extrema importância a reflexão em cima dos modelos inovadores que considero o futuro para integração da gestão público e privada, por meio das clássicas Parcerias Público Privadas, que já são muito discutidas e avançam nos países de primeiro mundo.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, M. **Discurso de posse no Ministério da Saúde**. Brasília: 2015. Disponível em: <<http://www.cosemsgo.org.br/site/images/Discurso-de-posse-ministro-Marcelo-Castro-06.10.2015.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da Rotina do trabalho no dia a dia**. Belo Horizonte: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004.

CHIORO, A. Arthur Chioro: entrevista. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 28 set., 2015. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,saude-caminha-para-um-colapso--diz-ministro--imp-,1770226>>. Acesso em: 5 set. 2016.

BOSSIDY, L; CHARAN, R. **Desafio**: fazer acontecer. Rio de Janeiro: Campus, 2002

BERRY, L. L. **Lições de gestão da Clínica Mayo**: Por dentro de uma das mais admiradas organizações de serviços do mundo. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CINTRA, R. C. et al. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciência & Saúde Coletiva**, Online, v.18, n. 10, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000029>>. Acesso em: 28 nov, 2015.

COSTA, N. R. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. , 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52581996000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul., 2015.

DRUCKER, P. F. **Gestão**. Rio de Janeiro: Agir, 2010.

DINSMORE, P. C. **AMA - Manual de Gerenciamento de Projetos**. Rio de Janeiro: Brasport, 2009.

FORATTINI, O. P. A saúde pública no século XX. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 211-213, jun. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jul. 2015.

GOLDRATT, E. M. **A meta**. São Paulo: Claudiney Fullmann, 1990.

HANSEN, Don R. **Gestão de custos**. São Paulo: Pioneira, 2003.

JÚNIOR, A. P. Evolução histórica da Previdência Social e os direitos fundamentais. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 707, 12 jun. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/6881>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

KAPLAN, R. S. **A estratégia em ação: Balanced scorecard**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

MAGRETTA, J. **O que é gerenciar e administrar?**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003

MEDICI, A., OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. Subsídios para Reforma Constitucional no Campo da Seguridade Social: Uma Visão Histórica e Perspectivas. **Planejamento e Políticas Públicas**, nº. 9. Brasília, IPEA, jun. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Data SUS. Disponível em:  
<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihsus>>.

NAVES, Rubens (Org.). Organizações Sociais: a Construção do Modelo. São Paulo: Quartier Latin, 2014.

NOBREGA, C., **A ciência da gestão**: marketing, inovação, estratégia. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004.

NORONHA, J.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUD-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde". In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). **Saúde e sociedade no Brasil dos Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abrasco, 1994.

OLIVEIRA, F. B.; KASZNAR, I. (Org.). **Saúde, Previdência e Assistência Social**: políticas públicas para fortalecimento da cidadania. 1 ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2015.

PORTER, M. E. **Repensando a Saúde**: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Porto Alegre: Bookman, 2007

\_\_\_\_\_. **Estratégia competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PRÓ-SAÚDE. Prestação de contas Organização Social de Saúde. Disponível em:  
<<http://www.prosaude.org.br/inst.asp/10>>.

SILVA, J. F. Apresentação. In: SILVEIRA FILHO, A. D. ET AL. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em:  
<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2016.

WERNECK, A. MP move ação para repasse de R\$ 1,3 bi que o Rio deixou de aplicar na saúde. **O Globo**, Rio de Janeiro, 6 out. 2016, Caderno Rio.



## **11. ANEXOS**

### **ANEXO A – Emenda Constitucional n. 29, de 13 setembro de 2000**

Esta Emenda Constitucional garante o mínimo de 12% de arrecadação do Estado para a saúde. Tal aprovação promoveu a vinculação dos recursos para a saúde no orçamento das três esferas do governo: na união equivalente ao valor do ano anterior, acrescido da variação do PIB nominal até que seja aprovada a sua regulamentação, nos Estados obrigados a gastarem 12% de sua receita em saúde e nos municípios obrigados a gastarem 15% de sua receita em saúde. É de responsabilidade destas três esferas de forma concorrente, de acordo com a área de abrangência, uma vez que o direito universal à saúde é dever do Estado (sem distinção). E o financiamento do sistema tem como fonte conjunta recursos do orçamento destas esferas do governo.

24/09/2016

EMC29



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000**

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.34.....

....."

"VII-.....

....."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.35.....

....."

"III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.156....."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)\*

"II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel." (AC)

"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.160....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.167.....

....."

24/09/2016

EMC29

"IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

"....."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art. 198....."

"....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I – os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I – no caso da União:" (AC)

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC)

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

24/09/2016

EMC29

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal." (AC)

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

**Mesa da Câmara dos Deputados**

Deputado Michel Temer  
Presidente

Deputado Heráclito Fortes  
1º Vice-Presidente

Deputado Severino Cavalcanti  
2º Vice-Presidente

Deputado Ubiratan Aguiar  
1º Secretário

Deputado Nelson Trad  
2º Secretário

Deputado Jaques Wagner  
3º Secretário

Deputado Efraim Morais  
4º Secretário

**Mesa do Senado Federal**

Senador Antonio Carlos Magalhães  
Presidente

Senador Geraldo Melo  
1º Vice-Presidente

Senador Ademir Andrade  
2º Vice-Presidente

Senador Ronaldo Cunha Lima  
1º Secretário

Senador Carlos Patrocínio  
2º Secretário

Senador Nabor Júnior  
3º Secretário

Este texto não substitui o publicado no DOU de 14.9.2000

\*

## ANEXO B – Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990

O Sistema Único de Saúde é uma das maiores vitórias da sociedade brasileira em termos de políticas sociais. Nesta lei se consolida a concepção da saúde como direito de todos. Ela regula todas as ações relacionadas à saúde (inclusive à saúde privada) para garantir seu acesso universal. Em muitos casos, por exemplo, quando não há um leito disponível para um usuário no SUS, por meio de decisão judicial, este leito é dado no setor privado, o que gera uma série de conflitos em relação ao financiamento e ao equilíbrio econômico-financeiro de uma unidade hospitalar privada, que, em grande maioria, gera gastos significativos não arcados pelo Estado. A chamada Judicialização da Saúde vem crescendo em ritmo acelerado nos últimos anos, gerando grandes discussões. Em algum momento, será necessário discutir esta integração entre o público e privado por meio de algum tipo de regulação.

24/09/2016

L8080



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.**

[Mensagem de veto](#)

[Regulamento](#)  
[Regulamento](#)

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

**TÍTULO I**

**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.  
(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

**TÍTULO II**

**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

**CAPÍTULO I**

**Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

24/09/2016

L8080

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;



24/09/2016

L8080

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

## CAPÍTULO III

### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.



24/09/2016

L8080

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

## CAPÍTULO IV

### Da Competência e das Atribuições

#### Seção I

##### Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

24/09/2016

L8080

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## **Seção II**

### **Da Competência**

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:

24/09/2016

L8080

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. [\(Vide Decreto nº 1.651, de 1995\)](#)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição; e

24/09/2016

L8080

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementamente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## CAPÍTULO V



24/09/2016

L8080

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena  
(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

## CAPÍTULO VI

### DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

## CAPÍTULO VII

### DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

24/09/2016

L8080

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo. [\(Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013\)](#)

Art. 19-L. **(VETADO)** [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

## CAPÍTULO VIII

[\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

### DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE"

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

24/09/2016

L8080

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - [\(VETADO\)](#); [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º [\(VETADO\)](#). [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-S. [\(VETADO\)](#). [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa."

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

### TÍTULO III

#### DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

##### CAPÍTULO I

##### Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.



24/09/2016

L8080

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Executam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: [\(Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

IV - demais casos previstos em legislação específica. [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

## CAPÍTULO II

### Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

## TÍTULO IV

### DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).



24/09/2016

L8080

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V

### DO FINANCIAMENTO

#### CAPÍTULO I

##### Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

#### CAPÍTULO II

##### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

24/09/2016

L8080

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ [\(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012\)](#) [\(Vide Lei nº 8.142, de 1990\)](#)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

24/09/2016

L8080

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

24/09/2016

L8080

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas ([Código Penal, art. 315](#)) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. ([Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015](#))

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a [Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954](#), a [Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975](#), e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR  
*Alcení Guerra*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

\*



## ANEXO C – Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990

24/09/2016

L8142



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.**

[Vide Lei nº 8.689, de 1993](#)

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#).

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. ([Vide Lei nº 8.080, de 1990](#))

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

24/09/2016

L8142

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o [Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990](#);

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o [§ 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#);

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR  
*Alceni Guerra*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 31.12.1990

\*

## ANEXO D – Lei complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012

16/10/2016

Lcp 141



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**

[Mensagem de veto](#)

[\(Vide Decreto nº 7.827, de 2012\)](#)

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

**CAPÍTULO I**

**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do [§ 3º do art. 198 da Constituição Federal](#):

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

**CAPÍTULO II**

**DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no [art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do [art. 200 da Constituição Federal](#), do [art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

16/10/2016

Lcp 141

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

##### **Seção I**

##### **Dos Recursos Mínimos**

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).



16/10/2016

Lcp 141

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 155](#) e dos recursos de que tratam o [art. 157](#), a [alínea "a" do inciso I](#) e o [inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal](#), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 156](#) e dos recursos de que tratam o [art. 158](#) e a [alínea "b" do inciso I do caput](#) e o [§ 3º do art. 159, todos da Constituição Federal](#).

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no [§ 2º do art. 198 da Constituição Federal](#), já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no [§ 3º do art. 5º](#) e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

## Seção II

### Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

16/10/2016

Lcp 141

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no [§ 3º do art. 164 da Constituição Federal](#) são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (VETADO).

### Seção III

#### Da Movimentação dos Recursos da União

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.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no [inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no [inciso VI do art. 71 da Constituição Federal](#), observadas as normas de financiamento.

### Seção IV

#### Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#).

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no [inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

16/10/2016

Lcp 141

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no [inciso VI do art. 71 da Constituição Federal](#), observadas as normas de financiamento.

Art. 21. 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 dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), na [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), e na [Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005](#), e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

## Seção V

### Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do [inciso X do art. 167 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

- I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e
- II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

- I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e
- II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

- I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

- II - (VETADO).



16/10/2016

Lcp 141

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#), ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#), o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no [art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos [incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal](#) ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#).

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

16/10/2016

Lcp 141

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE**

##### **Seção I**

##### **Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde**

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

- I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;
- II - Relatório de Gestão do SUS;
- III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

##### **Seção II**

##### **Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde**

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

##### **Seção III**

##### **Da Prestação de Contas**

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o [art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o [§ 3º do art. 165 da Constituição Federal](#).

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

16/10/2016

Lcp 141

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos [arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

#### Seção IV

##### Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no [art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), o cumprimento do disposto no [art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar](#).

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

- I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
- II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;
- III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;
- IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
- V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos [arts. 48 e 56 da Lei](#)



16/10/2016

Lcp 141

[Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no [art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no [art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#).

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

## CAPÍTULO V

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o [§ 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#).

16/10/2016

Lcp 141

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o [Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 \(Código Penal\)](#), a [Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950](#), o [Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967](#), a [Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992](#), e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o [§ 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e o [art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993](#).

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF  
*José Eduardo Cardozo*  
*Guido Mantega*  
*Alexandre Rocha Santos Padilha*  
*Eva Maria Cella Dal Chiavon*  
*Luís Inácio Lucena Adams*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 16.1.2012

\*



## ANEXO E – Resolução-RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002

Para evolução do objetivo do trabalho, no sentido de habilitação dos leitos dos hospitais estaduais foi necessário levantamento das condições estruturais de acordo com a Resolução – RDC Nº50

24/09/2016

Ministério da Saúde

### ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde**  
**Agência Nacional de Vigilância Sanitária**

### RESOLUÇÃO-RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002

*Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 20 de fevereiro de 2002, e considerando o princípio da descentralização político-administrativa previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19/09/1990;

Considerando o art. 3º, alínea C, art. 6º, inciso VI e art. 10 previstos na Portaria nº 1.565/GM/MS, de 26 de agosto de 1994;

Considerando a necessidade de atualizar as normas existentes na área de infra-estrutura física em saúde;

Considerando a necessidade de dotar o País de instrumento norteador das novas construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que atenda aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população;

Considerando a necessidade das secretarias estaduais e municipais contarem com um instrumento para elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, adequados às novas tecnologias na área da saúde;

Considerando o disposto nas Portarias/SAS/MS n.º 230, de 1996 e 104, de 1997;

Considerando a consulta pública publicada pela Portaria SVS/MS n.º 674, de 1997;

Adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, anexo a esta Resolução, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo:

- a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país;
- b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

Art. 2º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação deste Regulamento Técnico.

Art. 3º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela aplicação e execução de ações visando o cumprimento deste Regulamento Técnico, podendo estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, procederá a revisão deste Regulamento Técnico após cinco anos de sua vigência, com o objetivo de atualizá-lo ao desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Art. 5º A inobservância das normas aprovadas por este Regulamento constitui infração à legislação sanitária federal, conforme dispõe o art. 10, incisos II e III., da Lei n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 6º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

**GONZALO VECINA NETO**

[ANEXO](#)

Notas:

24/09/2016

Ministério da Saúde

1. CDC- Centro de Prevenção e Controle de Doenças. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. 4ª edição. Washington.1999. Tradução: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF. 2000.

2. Instalações ordinárias são as instalações elétricas, hidrosanitária e telefone. As especiais são todas as outras específicas para o EAS. As instalações de prevenção e combate a incêndio estão tratadas no item. - Condições de segurança contra incêndio.

3. Adota-se classificação da Portaria 2.296 de 23/07/97 do MARE, publicada no DO de 31/07/97. As siglas que a acompanham facilitam a elaboração da tabela dos ambientes 4. As instalações de processamento de dados não são tratadas.

5. Estão excluídas: a reserva para combate a incêndio, sistema central de ar condicionado e regação de jardins.

6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Unidade de Controle de Infecção: Manual de Lavanderia em Serviços de Saúde. Brasília, 2002.

7. Os circuitos da iluminação devem ser totalmente distintos dos circuitos das tomadas desde a fonte de entrada de forma a se evitar interferências eletromagnéticas nos equipamentos.

8. Esta tomada pode estar no próprio quarto ou enfermaria ou no corredor da unidade.

9. No caso de utilização de equipamentos tipo monitores multiparamétricos, justifica-se a utilização de somente 6 (seis) tomadas.

10. Especialmente no caso de uso intensivo de equipamento biomédico na Unidade de Internação Intensiva, deve-se levar em conta o fato de existência de ambas as voltagens, 110v e 220v.

11. Esta tomada pode estar no próprio quarto ou enfermaria ou no corredor da unidade.

12. Fechamento significa porta encostada, e não bloqueada ou chaveada. As portas devem ser "de abrir" e nunca "de correr" ou giratórias.

13. Vide NBR 9077/93 - Saídas de emergência em edifícios.

14. Este glossário se complementa com o livro Terminologia Básica em Saúde, Ministério da Saúde - Brasília, 1987.

(Of. EI. nº 103/2002)

---

**Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**

---

## ANEXO F – SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS



### SIHSUS

#### SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

##### Apresentação

Criado em agosto de 1981, em Curitiba, substituindo em 1982 o sistema GIH (Guia de Internação Hospitalar), o popularmente conhecido "Sistema AIH" passou por várias plataformas em mainframes UNISYS e ABC-BULL, na fase de processamento centralizado.

Foi o primeiro sistema do DATASUS a ter captação implementada em microcomputadores (AIH em DISQUETE – 1992) e descentralizada nos próprios usuários, encerrando a era dos pólos de digitação. O processamento das AIH's continuou centralizado até ser descentralizado para os Gestores de Secretaria de Saúde em abril de 2006, usando plataforma Windows, SGBD Firebird e Linguagem de programação Delphi – que é o estado em que se encontra atualmente.

A finalidade do AIH (Sistema SIHSUS) é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade, além dos valores de CNRAC, FAEC e de Hospitais Universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão.

##### Benefícios

Treinamento das SES tendo em vista a implantação da Tabela Unificada de Procedimentos – realizados em conjunto com a SAS/DRAC/CGSI e da equipe de atendimento – realizado internamente pelo DATASUS-RJ.

##### Integração com Sistemas do DATASUS:

- Documentos de autorização AIH e APAC estão usando o mesmo critério de numeração do aplicativo Sistema Autorizador;
- Aplicativos SIHD, SIASUS e FPO - integrados em termos de regras de negócio (portarias a vigorar a partir de qual competência) - com o Aplicativo CNES – fazendo exigência de "versão mínima" do aplicativo CNES local a cada mês de vigência das regras;
- Aplicativo SIHD gerando localmente o arquivo reduzido para o Tabwin.

##### Página de Acompanhamento de Remessa e Transmissor:

- Aperfeiçoamento das páginas de controle de chegada de remessas de banco de dados e acompanhamento por parte dos Gestores da validação da remessa;

· Uso do Aplicativo TRANSMISSOR de remessas para garantir que as SES (Secretarias Estaduais de Saúde) recebem ao mesmo tempo em que o DATASUS-RJ as remessas dos gestores de SMS (Secretarias Municipais de Saúde).

#### Funcionalidades

Possibilita a avaliação do desempenho e condições sanitárias, através das taxas de óbito e de infecção hospitalar informadas no sistema;

Fornecer informações para a programação do orçamento dos estabelecimentos;

Criada funcionalidade de "Geração de Histórico" que permite ao Gestor diminuir o volume do banco de produção, otimizando o processamento;

Criada funcionalidade para gerar relatórios a partir do histórico;

A versão que atende a Tabela Unificada será implantada em janeiro de 2008 após vários beta-testes.

#### Ambiente Operacional

##### Informações Técnicas

Linguagem: Cobol

Banco de Dados: DBF, Firebird e Oracle

##### Requisitos de Sistemas

Hardware: Pentium II ou superior

Plataforma: Unix - Linux

#### Abrangência: Municipal, Estadual e Federal

O sistema é publicado mensalmente na página do SIHSUS, não sendo monitorado por nenhum sistema de aferição de quantidade de acessos. Na mesma página o usuário encontra as portarias mais importantes para o processamento e manual.

#### Mais Informações

Visite o site do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (<http://sihd.datasus.gov.br/>)

(<http://cartaonet.datasus.gov.br/%20%20%20%20%20>) Caderno de Informações de Saúde (<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>)

CN - Cadastros Nacionais (<http://cartaonet.datasus.gov.br/>)

CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>)

Consultas ao BDAIH

(<http://bdaih.datasus.gov.br/webshare/scripts/portal/menu.htm>)

GAL - Gerenciador de Ambientes Laboratoriais

(<http://gal.datasus.gov.br/GAL/default.php>)

Gerenciador de Informações Locais - GIL (<http://gil.datasus.gov.br/w3c/gil.php>)

HIPERDIA (<http://hiperdia.datasus.gov.br/>)

Indicadores e Dados Básicos - IDB

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=29010>)

INTEGRADOR (<http://integrador.datasus.gov.br/>)

Pacto de Atenção Básica 2006

([http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto\\_DAD.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_DAD.pdf))

SIAB (<http://siab.datasus.gov.br/>)

---

SIA/SIH (<http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>)  
SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br/>)  
SI-PNI (<http://pni.datasus.gov.br/>)  
SISCOLO/SISMAMA (<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php>)  
SISPRENATAL (<http://sisprenatal.datasus.gov.br/>)



© 2016 DATASUS - Direitos Reservados V2.3.0