



# RODA DE CONVERSA SOBRE O FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

**Facilitadora**  
Dra Carla Estefania Albert

Promoção:



Apoio:



Execução:



# Financiamento da Saúde



Profa. Dra. Carla Albert

051-3231-7155 (POA/RS)

061-2101-6000 (BSB/ DF)

[saude@cnm.org.br](mailto:saude@cnm.org.br)

# Sede de Brasília/ DF

Município forte. Brasil forte.



# Rodas FECAM-CNM Saúde



Pesquisar:

Pesquisar



Busca Avançada

Saúde | x

Categoria:

Saúde

Formato:

Todos

Ano:

Todos

Coleção: Novo

Todas

Mais lidos\*



Avaliação do FPM e a expectativa para os últimos meses do ano



Categoria - Saúde

Ordenar por: Título | Data | +Lidos



Ano: 2018  
Estudos Técnicos



Ano: 2018  
Estudos Técnicos



Ano: 2018  
Livro



Ano: 2018  
Informativo



# Rodas FECAM-CNM Saúde

Município forte. Brasil forte.



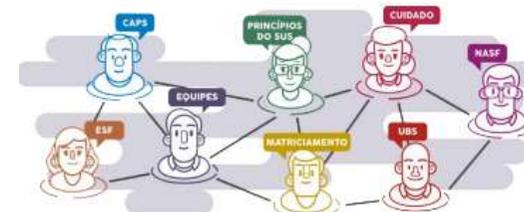
## A nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB

Portaria 2.436/2017 – Incorporada na Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XXII.

## Mudanças no Financiamento da Saúde

# 10 PASSOS PARA DIMINUIR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Gestor (a), forme uma equipe multisetorial com os profissionais de sua prefeitura para esta iniciativa. Este modelo pode ser aplicado em qualquer área de atuação que esteja em judicialização. Em relação à Saúde, é indicado, inicialmente, verificar como estão os serviços de Saúde do seu Município, identificar onde existem falhas que geram a judicialização e fazer o mapeamento das ações. Posteriormente, com os dados, busque o Poder Judiciário e solicite a formação de um Comitê.



Município forte. Brasil forte.



# Gestão da Atenção Básica

- Constituição 1988
- Política Nacional de Saúde (Leis 8080 e 8142 de 1990)

## Operacionalização e financiamento

- Norma Operacional Básica NOB/1991 -

**- Norma Operacional Básica - SUS 01/93 - descentralização da gestão das ações e serviços de saúde;**

- Norma Operacional Básica –SUS 01/96,

- Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001;

- NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica (...)....

(...)

Pacto pela Saúde

Políticas específicas

Programas/ Ações e Serviços em Saúde

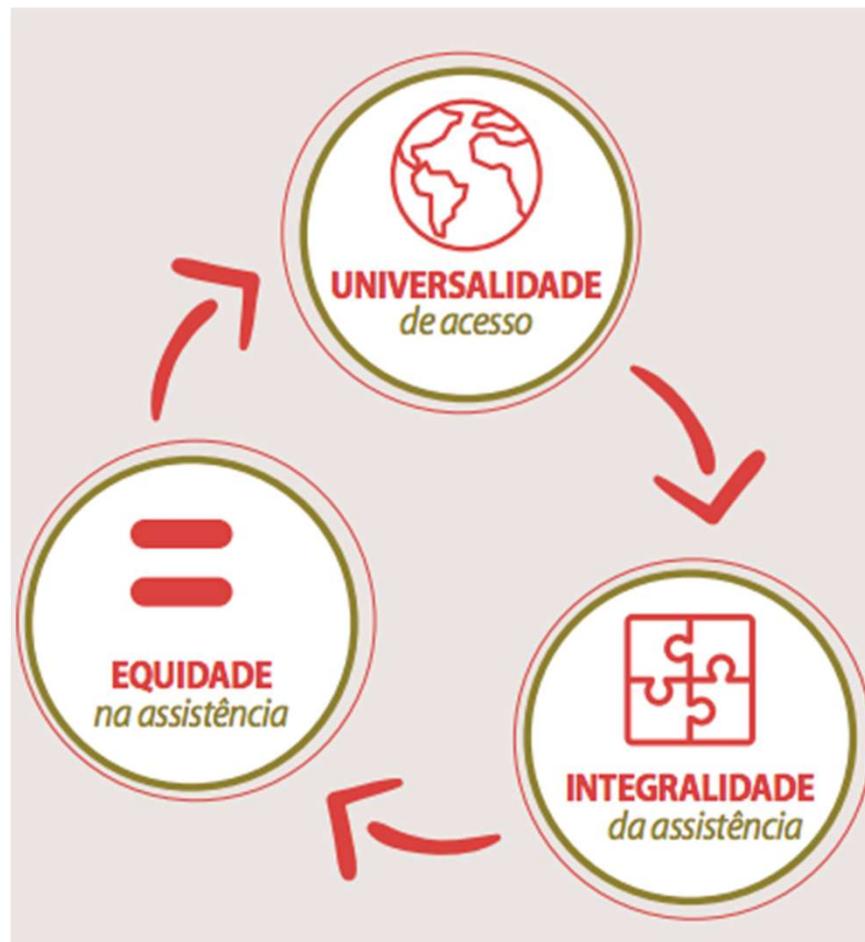
### O que é Atenção Básica?

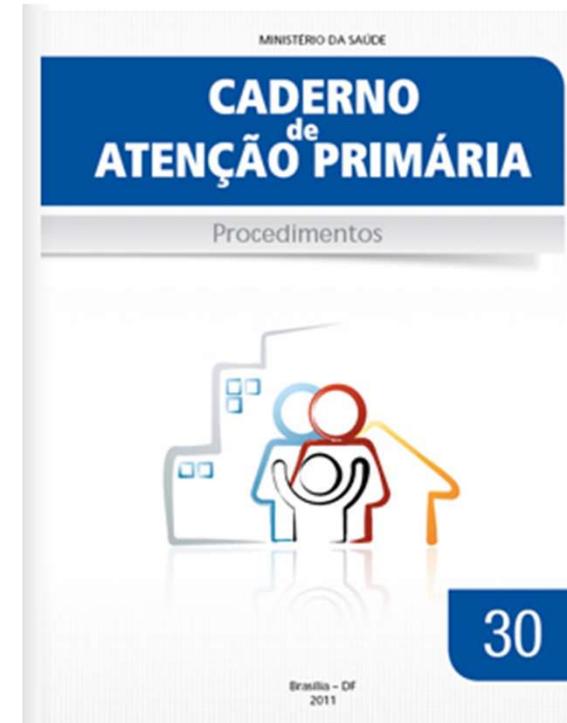
É o conjunto de ações de saúde que podem ser individuais, familiares ou coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde baseados na prática do cuidado integrado e na gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, no qual as equipes assumem responsabilidades sanitárias.

# Atenção Básica?



## Princípios da Atenção Básica





# Nova configuração organizativa e funcional



A nova Pnab considera processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tais como gestão de filas, exames e consultas descentralizadas para cada UBS, possibilitando a comunicação intersetorial com as centrais de regulação e os serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial e apoio a distância.



## Funcionamento das UBS



Carga horária mínima  
de **40 horas**  
semanais



Mínimo de  
**5 dias**  
por semana



Durante os  
**12 meses**  
do ano

É possível pactuar horários alternativos que atendam às necessidades da população, mas eles têm de ser aprovados nas instâncias deliberativas.

População adscrita por equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas.



**RECOMENDA-SE ATÉ 4 EQUIPES**  
**DE AB OU ESF POR UBS**



### **Atribuições dos profissionais da Atenção Básica**

#### **Gerente de Atenção Básica:**

a nova Pnab recomenda a inclusão de um gerente para contribuir no aprimoramento e na qualificação do processo de trabalho nas UBS; a necessidade deste profissional deve ser avaliada pelo gestor.

### **Atribuições dos profissionais da Atenção Básica**

#### **Agente Comunitário de Saúde (ACS):**

em caráter excepcional, capacidade técnica e com formação específica, os ACS poderão aferir pressão arterial, aferir temperatura axilar, medir a glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativos.

#### **Integração das atividades dos ACS e ACE:**

os ACS e os ACE devem compor uma Equipe de Atenção Básica ou uma Equipe de Saúde da Família e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior com gestão compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

# Suspensão dos recursos da Atenção Básica

O Ministério da Saúde poderá suspender os recursos financeiros para a Atenção Básica quando não houver alimentação regular pelos Municípios aos bancos de dados informatizados. Destacando:

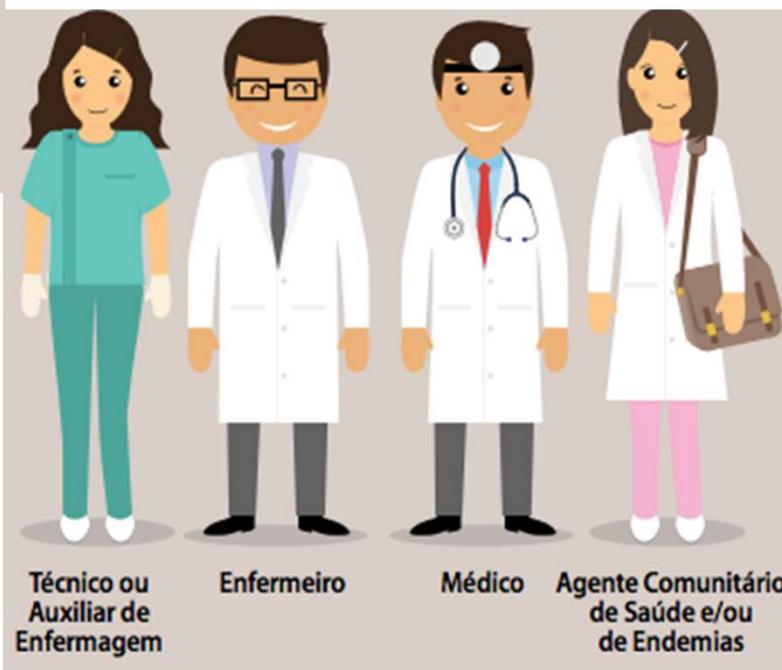
- + não envio de produção ao Sistema de Informação por 3 meses consecutivos;
- + descumprimento de carga horária mínima;
- + ausência de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes por um período acima de 60 dias;
- + inconsistência no Cnes por duplicidade profissional, erro de registro e ausência de profissional.



## Tipos de Equipes

### Equipe de Saúde da Família (eSF):

médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias. Locais com população vulnerável obrigatório 100% de cobertura. Em áreas de risco e vulnerabilidade social máximo de 750 pessoas por agente. O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fica a critério da gestão municipal, não é mais obrigatório o quantitativo de quatro (4) ACS/eSF.



## Tipos de Equipes

### Equipe da Atenção Básica (eAB):

médico, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Podem ou não agregar a equipe: dentistas, auxiliar ou técnico de saúde bucal, ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE). A carga horária mínima por categoria deve ser de 10 horas, com no máximo três (3) profissionais por categoria. A distribuição de carga horária é de responsabilidade do gestor.



Enfermeiro

Médico

Técnico ou  
Auxiliar de  
Enfermagem

## Tipos de Equipes

### **Equipe de Saúde Bucal (eSB):**

pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) devem estar vinculados a uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar em duas modalidades.



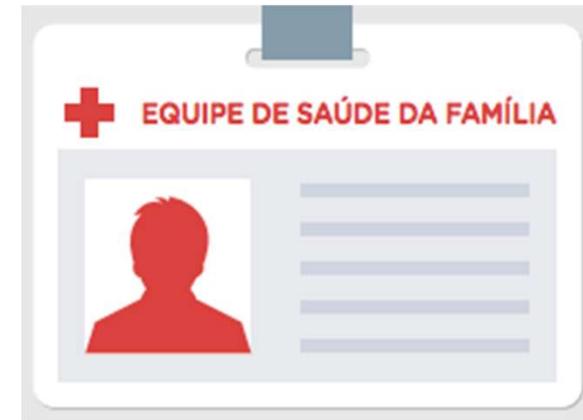
Cirurgião  
Dentista

Auxiliar ou  
Técnico em  
Saúde bucal

**Fique atento**

Critérios de quantitativo de ACS/  
ACE nas eSF:

Dispersão territorial;  
Risco;  
Vulnerabilidade.



## Fique atento

- **Discussão de modelos de ACESSO**

Como organizar o acesso as consultas com área médica, de enfermagem, saúde bucal e mental?

Exemplo: Para receber atendimento/ acolhimento em Saúde, seu munícipe deve...

( ) tirar ficha;

( ) chegar na Unidade de Saúde para ser atendida pela sua equipe, na hora.

**Fique atento**

- **Comunicação**



carlaalbert

carlaalbert Como os serviços de Saúde se comunicam com os usuários no seu Município? Ainda na época do "cartaz na parede"? #SUS #Repense #Comunicacao @erikabraz @minsaude @sarahbuogo

erikabraz Sim, muito muito comum ainda. Vejo sempre quando viajo também. ❤️



14 curtidas

20 DE JANEIRO

Município forte. Brasil forte.



# Financiamento Modelo e Distorções

# 1. Financiamento da Política Nacional de Saúde: que modelo de Proteção Social reflete?



## *Texto legal x Aporte de recursos do Governo Federal*

### Proteção Social e Sistemas de Saúde



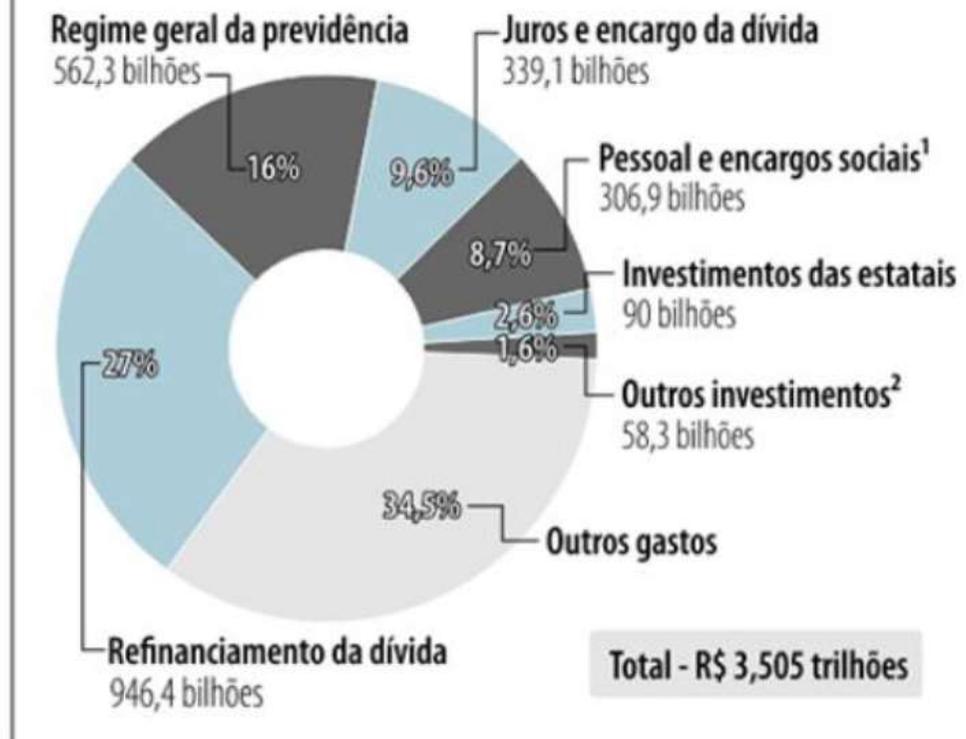
Carla Albert - Financiamento da Saúde\_2017/01

Fonte: IBGE – Conta-Satélite Saúde / Brasil (2013); OMS – Estatísticas Sanitárias Mundiais 2014 / países e anos diversos

# 1. Financiamento da Política Nacional de Saúde: que modelo de Proteção Social reflete?



## Principais gastos do orçamento da União 2017



O texto original destinou R\$ 105,5 bilhões para o piso, valor que foi **elevado para R\$ 115,3 bilhões**. O novo valor equivale a 15% da receita corrente líquida da União (RCL).

# Documentos norteadores do Financiamento

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

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



**Ministério da Saúde**  
Gabinete do Ministro

+ SUMÁRIO

**PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**

*Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.*



## 2. Programas federais e repasses: perfis e análise da desatualização.



Além da insuficiente alocação de recursos no Orçamento Geral da União (3,15% em 2017), a Saúde também sofre com a falta de atualização dos valores do custeio dos Programas.

### **Repasse Federais**

Pisos Fixos:  
PAB Fixo,  
PFVS e AFB

Programas:  
Sem indicativo de  
reajuste nas Portarias

Procedimentos  
<http://sigtap.datasus.gov.br/>

Tetos

### **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**

Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html)

## 2. Programas federais e repasses: perfis e análise da desatualização.



### Piso Fixo da Atenção Básica

#### PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (demais municípios)

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
PAB Fixo	1998	R\$ 10,00	R\$ 23,00	R\$ 31,67	37,7%

Obs: Valor atual Março de 2013

#### PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (municípios até 50.000 hab)

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
PAB Fixo	1998	R\$ 10,00	R\$ 28,00	R\$ 38,55	37,7%

Obs: Valor atual Março de 2013

#### PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (municípios entre 50.000 e 100.000 hab)

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
PAB Fixo	1998	R\$ 10,00	R\$ 26,00	R\$ 35,80	37,7%

Obs: Valor atual Março de 2013

#### PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (municípios entre 100.000 e 500.000 hab)

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
PAB Fixo	1998	R\$ 10,00	R\$ 24,00	R\$ 33,05	37,7%

Obs: Valor atual Março de 2013

Portaria 3.947/2017 considera a população de 2016 como base de cálculo.

## 2. Programas federais e repasses: perfis e análise da desatualização.



### Estratégia Saúde da Família (ESF)

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
Mod. 1	2006	R\$ 8.100,00	R\$ 10.695,00	R\$ 15.696,27	46,8%
Mod. 2	2006	R\$ 5.400,00	R\$ 7.130,00	R\$ 10.464,18	46,8%
Incentivo Adicional	2006	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 29.352,54	46,8%

### Equipe Saúde Bucal

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
Mod. 1	mai/03	R\$ 1.300,00	R\$ 2.230,00	R\$ 3.272,81	46,8%
Mod. 2	mai/03	R\$ 1.600,00	R\$ 2.980,00	R\$ 4.373,53	46,8%
Mod. 3*	out/09	R\$ 4.680,00	R\$ 4.680,00	R\$ 6.868,49	46,8%
Incentivo Adicional**	abr/06	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 10.273,39	46,8%

\* Modalidade 3 incluída em 2012

\*\* Concedido na Portaria nº 650/2006

**Obs: Todas as Modalidades estão corrigida pelo valor de Março de 2012**

## 2. Programas federais e repasses: perfis e análise da desatualização.



### Programa Saúde na Escola

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
Mod. 1	dez/08	R\$ 9.600,00	R\$ 9.600,00	R\$ 16.780,43	<b>74,8%</b>
Mod. 2	dez/08	R\$ 6.400,00	R\$ 6.400,00	R\$ 11.186,95	<b>74,8%</b>

\* Portaria Nº 3.066, DE 23 dezembro/2008

### Atenção Farmacêutica

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
Valor per capita / União*	1/1/2010	R\$ 5,10	R\$ 5,10	R\$ 8,48	<b>66,3%</b>
Valor per capita / Estados*	1/1/2010	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 3,93	<b>66,3%</b>
Valor per capita / Municípios*	1/1/2010	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 3,93	<b>66,3%</b>

### NASF AB

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
NASF1	2008	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 29.352,54	<b>46,8%</b>
NASF2	2008	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 17.611,52	<b>46,8%</b>
NASF3	2008	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 17.611,52	<b>46,8%</b>

Obs: Valor atual Março de 2012

## 2. Programas federais e repasses: perfis e análise da desatualização.



### Centro de Atenção Psicossocial

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
CAPS I	dez/11	R\$ 28.305,00	R\$ 28.305,00	R\$ 42.049,91	<b>48,6%</b>
CAPS II	dez/11	R\$ 33.086,25	R\$ 33.086,25	R\$ 49.152,94	<b>48,6%</b>
CAPS III	dez/11	R\$ 63.144,38	R\$ 63.144,38	R\$ 93.807,30	<b>48,6%</b>
CAPS i	dez/11	R\$ 32.130,00	R\$ 32.130,00	R\$ 47.732,33	<b>48,6%</b>
CAPS Ad	dez/11	R\$ 39.780,00	R\$ 39.780,00	R\$ 59.097,17	<b>48,6%</b>
CAPS Ad III	dez/11	R\$ 78.800,00	R\$ 78.800,00	R\$ 117.065,29	<b>48,6%</b>

\* PORTARIA Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

### Atenção Farmacêutica

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
Valor per capita / União*	1/1/2010	R\$ 5,10	R\$ 5,10	R\$ 8,48	<b>66,3%</b>
Valor per capita / Estados*	1/1/2010	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 3,93	<b>66,3%</b>
Valor per capita / Municípios*	1/1/2010	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 3,93	<b>66,3%</b>

## 2. Programas federais e repasses: perfis e análise da desatualização.



### SAMU – Equipes

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
<b>Suporte Básico</b>	out/03	R\$ 12.500,00	R\$ 12.500,00	R\$ 30.305,75	<b>142,4%</b>
<b>Suporte Avançado</b>	out/03	R\$ 27.500,00	R\$ 27.500,00	R\$ 66.672,65	<b>142,4%</b>

\* Portaria 1864/2003

## 2. Programas federais e repasses: perfis e análise da desatualização.



### SAMU – Custeio das Unidades

(Tipo)	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Agosto 2018	Defasagem (A/B)
Unid. Sup. Básico (habilitada)	jan/12	R\$ 12.500,00	R\$ 12.500,00	R\$ 18.466,59	<b>47,7%</b>
Unid. Sup. Básico (hab. e qualif.)	jan/12	R\$ 20.875,00	R\$ 20.875,00	R\$ 30.839,20	<b>47,7%</b>
Unid. Sup. Avançado (habilitada)	jan/12	R\$ 27.500,00	R\$ 27.500,00	R\$ 40.626,49	<b>47,7%</b>
Unid. Sup. Avançado (hab. e qualif.)	jan/12	R\$ 45.925,00	R\$ 45.925,00	R\$ 67.846,24	<b>47,7%</b>
Equipe Aeromédico (aeron. hab.)	jan/12	R\$ 27.500,00	R\$ 27.500,00	R\$ 40.626,49	<b>47,7%</b>
Equipe Aeromédico (aeron. hab. qualif)	jan/12	R\$ 45.925,00	R\$ 45.925,00	R\$ 67.846,24	<b>47,7%</b>
Equipe Embarcação (emb. hab.)	jan/12	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 66.479,72	<b>47,7%</b>
Equipe Embarcação (emb. hab. qualif)	jan/12	R\$ 75.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 110.799,53	<b>47,7%</b>
Motolância (habilitada)	jan/12	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 10.341,29	<b>47,7%</b>
Motolância (habilitada e qualif)	jan/12	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 10.341,29	<b>47,7%</b>
VIR (habilitado)	jan/12	R\$ 27.500,00	R\$ 27.500,00	R\$ 40.626,49	<b>47,7%</b>
VIR (habilitado e qualificado)	jan/12	R\$ 45.925,00	R\$ 45.925,00	R\$ 67.846,24	<b>47,7%</b>

\* Portaria 1010/2012

# Financiamento da Saúde e a EC 95/2016



## Teto do Gasto e Saúde Pública

▸ Saúde

### Descrição

O presente estudo analisa os possíveis impactos aos gastos com saúde decorrentes da aplicação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 que institui um teto para os gastos públicos federais vinculado à inflação.

**Ano:** 2018

**Formato:** Estudos Técnicos

### Palavras chaves

1.Teto dos Gastos. 2.Saúde Pública. 3.União. 4.Municípios.

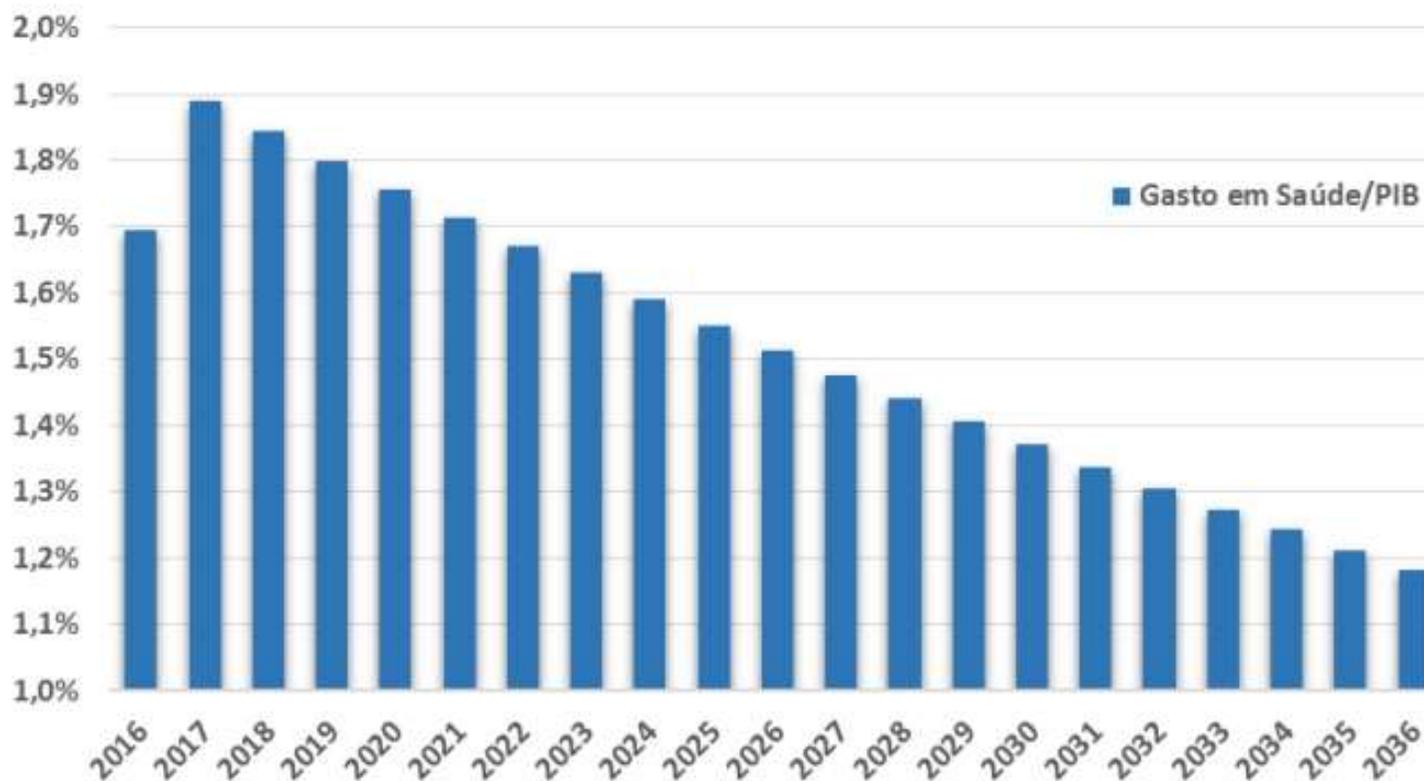
 Download

<https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Teto%20do%20gasto%20e%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica.pdf>

# Financiamento da Saúde e a EC 95/2016



**Gráfico 1:** Projeção dos gastos com saúde em relação ao PIB.



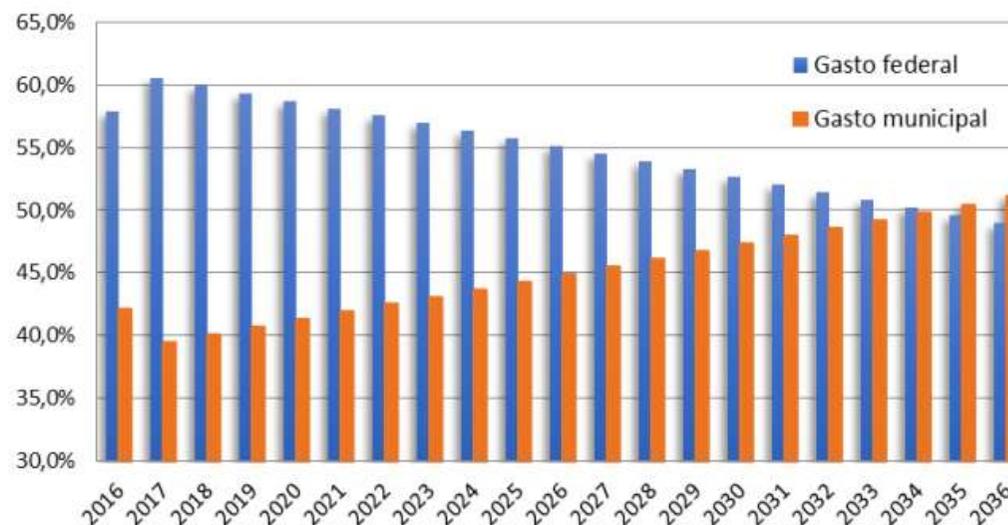
Fonte: SIAFI. Elaboração própria CNM.

# Financiamento da Saúde e a EC 95/2016



Gráfico abaixo mostra como evoluirá a participação da União e dos Municípios no gasto conjunto com saúde, assumindo que o governo federal aplique o limite pela inflação, enquanto as prefeituras continuem obrigadas a manter sua despesa em no mínimo 20% da RCL. Como se vê, o gasto dos Municípios, que atualmente representa 40% do total contra 60% da União, superará o gasto federal em 20 anos, chegando a 51,1% do total.

**Gráfico 3:** Participação dos Municípios e União nos gastos com saúde.



Fonte: SIAFI. Elaboração própria CNM.



Município forte. Brasil forte.



# Uso dos Recursos Financeiros

## Uso dos recursos oriundos

- REGRA GERAL do Incremento PAB e/ou MAC (emendas)



- ✓ Individuais impositivas
- ✓ Bancada
- ✓ Relatoria

- Incremento de PAB
- Incremento de MAC

**Execução  
semelhante ao  
PAB e ao MAC**

§ 9º As custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015) emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento (...))

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive

**A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos por meio do Relatório Anual de Gestão.**

## Consulta | Fundo Nacional de Saúde

### Consulta de Propostas FAF - FNS

Nº da Proposta

Preencher o número da proposta sem pontuação

Ano da Proposta

UF

Município

 **Pesquisar**

 **Limpar**

### Consulta de Propostas FAF - FNS

#### Resultado Da Consulta

Ano da Proposta	UF	Município
2018	SC	TUBARAO

Tipo de Proposta	Tipo de Recurso	Valor Total Proposta(s)	Valor Pago
INCREMENTO MAC	EMENDA INDIVIDUAL	398.800,00	398.800,00 
INCREMENTO PAB	EMENDA BANCADA EBPM	771.052,00	0,00 
INCREMENTO PAB	EMENDA INDIVIDUAL	701.200,00	701.200,00 
		<b>1.871.052,00</b>	<b>1.100.000,00</b>

[Voltar](#)

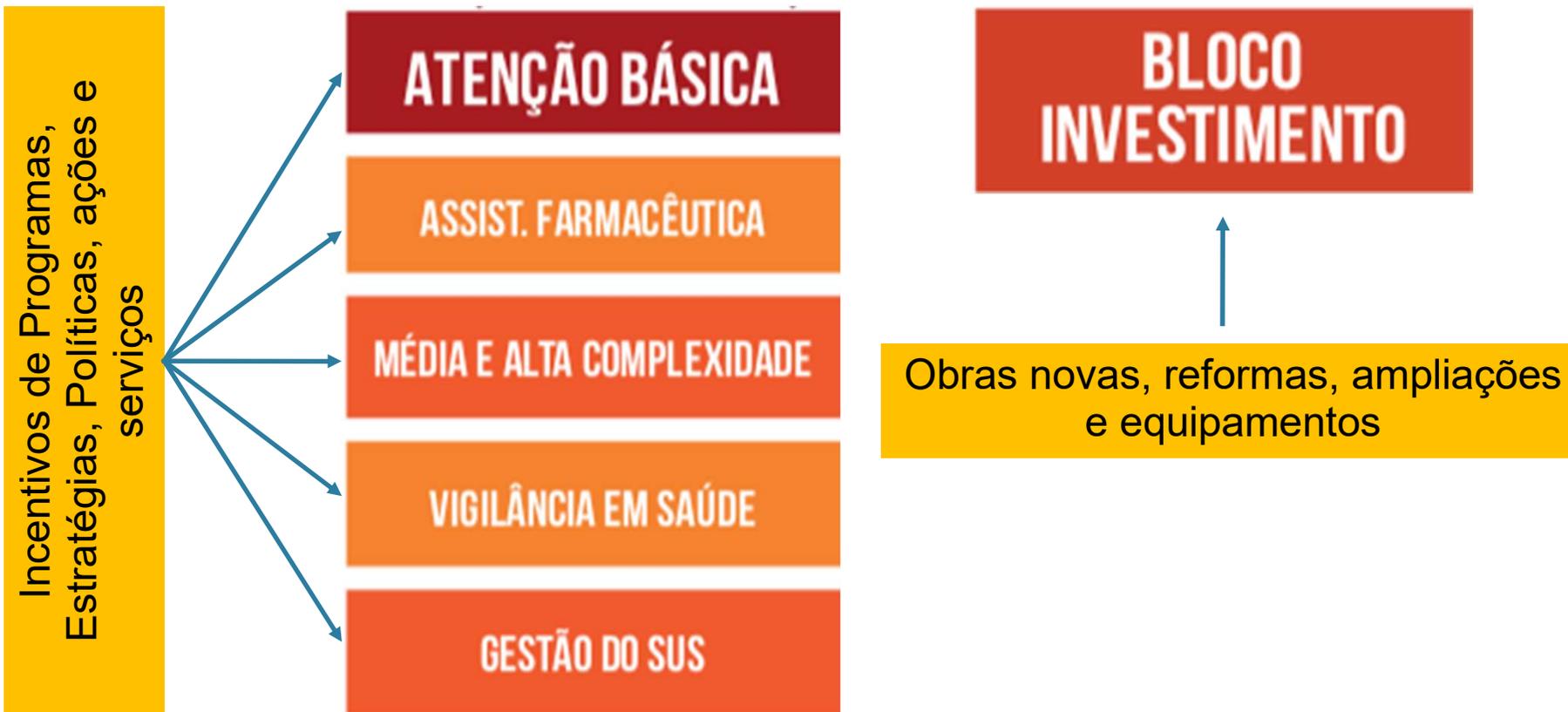
## Auxílio Financeiro aos Municípios (AFM): Portaria 748/18

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) publicou nesta segunda-feira, 2 de abril, uma Nota Técnica (NT) para orientar em relação à liberação dos recursos da Saúde referentes ao Auxílio Financeiro aos Municípios (AFM).

A CNM pede atenção especial ao texto da Lei 8080/1990. Nela, o ente federado define em seu orçamento toda a estrutura de programação financeira em que o recurso será alocado, **obedecendo seu Plano Municipal de Saúde**, base das atividades, programações, objetivos e metas estipuladas. Por sua vez, a Lei Complementar 141/2012 determina ainda que os recursos dos Fundos de Saúde não podem ser destinados a outra área que não seja a da saúde, devendo permanecer no fundo de saúde até a sua destinação final.

## Antigamente

Portaria MS/GM nº 204/07  
Blocos de Financiamento



**AGORA**  
**Portaria MS/GM nº 3.992/17**  
**Blocos de Financiamento**



# Portaria nº 3.992, de 28/12/2017



CNM orienta sobre as mudanças no financiamento da Saúde



<https://www.cnm.org.br/areastecnicas/principal/saude>

### Art. 3º - Despesas de saúde

- ✓ vigilância em saúde;
- ✓ atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade;
- ✓ capacitação de pessoal de saúde do SUS;
- ✓ desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade;
- ✓ insumos específicos dos serviços de saúde ...;
- ✓ saneamento básico aprovado pelo CMS, e legislação vigente;
- ✓ saneamento básico de comunidades indígenas e quilombolas;

## Art. 3º - Despesas de saúde

- ✓ manejo ambiental, para controle de vetores de doenças;
- ✓ investimento na rede física do SUS, para recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- ✓ remuneração do pessoal ativo da área da saúde, incluindo os encargos sociais;
- ✓ apoio administrativo realizado pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e dos serviços públicos de saúde;
- ✓ gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

## Art. 4º - NÃO Despesas de saúde

- ✓ pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- ✓ pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- ✓ assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- ✓ merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- ✓ saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

## Art. 4º - NÃO Despesas de saúde

- ✓ limpeza urbana e remoção de resíduos;
- ✓ preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente;
- ✓ ações de assistência social;
- ✓ obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- ✓ 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.

Uso dos recursos

Lei Complementar 141/12



## **Monitoramento e controle dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo**

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, para o Ministério da Saúde, por **meio do Relatório de Gestão**, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde.

A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se **na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**, que trata da consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde.”



# Judicialização da Saúde

## 1 TENHA UMA VISÃO E ATUAÇÃO SISTÊMICA

A judicialização é resultado de uma série de fatores, por isso, é necessário entender: quais, quantos e como funcionam os serviços que compõem o sistema de saúde do Município.



## 2 IDENTIFIQUE OS PROBLEMAS DE ATENDIMENTO DA REDE MUNICIPAL

PROCURE RESPONDER A QUESTÕES COMO:



A cobertura da Atenção Básica é satisfatória?  
Como funciona o monitoramento de estoque, armazenamento e dispensação de medicamentos?  
Quais serviços têm maior demanda?  
Os profissionais de saúde do Município conhecem suas responsabilidades e onde se integram ao fluxo dos serviços?  
Os horários de atendimento estão adequados à necessidade da população?  
Quais serviços geram mais reclamações?

## 3 FAÇA O LEVANTAMENTO DAS AÇÕES JUDICIAIS ANTERIORES

TIPO, REPRESENTANTE DA PARTE E VALORES

Conheça o tema da ação judicial (medicamentos básicos, estratégicos; procedimentos fora de lista, exames, transporte etc.), instituição proponente (advocacia privada ou pública); assim como os valores. Isso ajudará seu Município a ser mais efetivo para mapear as ações existentes.



## 4 REVISE CONTRATOS

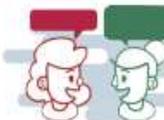


REVISE CONTRATOS COM PRESTADORES DE SERVIÇO, PACTUAÇÕES E REFERÊNCIAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO SEU MUNICÍPIO E DO ESTADO.

A gestão de saúde de seu Município pode estar arcando com algumas defasagens em relação ao tipo e quantidade de exames demandados e pactuados com outros Municípios e Estado.

## 5 ESTABELEÇA O DIÁLOGO FREQUENTE ENTRE AS COORDENAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA E FARMACÊUTICA

Todos de sua equipe devem conhecer as normas que legislam as ações na Saúde. O fluxo e funcionamento dos serviços, a referência e contrarreferência, a compra e dispensa de medicamentos, entre outros, devem ser amplamente discutidos e divulgados entre as coordenações e os usuários. Um profissional de saúde permanentemente capacitado será seu principal disseminador de informações e tem papel fundamental na diminuição das ações judiciais.



## 6 DIVULGUE INFORMAÇÕES PADRONIZADAS SOBRE MEDICAMENTOS E EXAMES DE RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO



A população e os profissionais da Saúde devem saber que na farmácia do Município encontrará o fármaco – ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido e não “Aspirina” –, ou seja, a informação deve ser comum, única, padronizada e disponibilizada a todos.

## 7 PROCURE A DEFENSORIA PÚBLICA, O MINISTÉRIO PÚBLICO E O JUIZ LOCAL PARA DISCORRER SOBRE O HISTÓRICO DAS AÇÕES

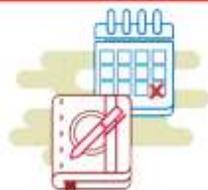


Pela Resolução 238/2016 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), os juizes devem formar comitês locais para prevenção de conflitos judiciais e definição de estratégias nas questões de direito sanitário. Incentive essa prática no sistema local.

Com o objetivo de discutir o que é prioridade local, recomenda-se também a convocação de Audiências Públicas reunindo todos os integrantes, controle social e a população em geral.

Ativar o W  
Acesse Config

## 8 ESTABELEÇA UMA AGENDA DE ENCONTROS COM PAUTA MÍNIMA



Para serem resolutivas, as reuniões do Comitê devem apresentar agenda preestabelecida, de preferência com pauta prévia. O temas debatidos devem ser registrados em atas. Isso facilita a continuidade das atividades do Comitê caso algum membro seja alterado ou transferido.

## 9 INSTITUA UM TERMO DE COOPERAÇÃO COM O JUDICIÁRIO

A partir do diálogo e das reuniões programáticas do Comitê, proponha um termo de cooperação entre o Município e os participantes do grupo, para o acompanhamento das demandas judiciais e intervenções, conforme necessidade.



## 10 APÓS ASSINATURA DO TERMO, AVALIE OS RESULTADOS



APÓS ASSINATURA DO TERMO, AVALIE OS RESULTADOS E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS, REVEJA E VALIDE AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO FAÇA INTERVENÇÕES COM O COMITÊ.

O diálogo entre os sistemas é fundamental, incentive a cooperação, qualifique os serviços de saúde em seu Município e garanta mais saúde à sua população.

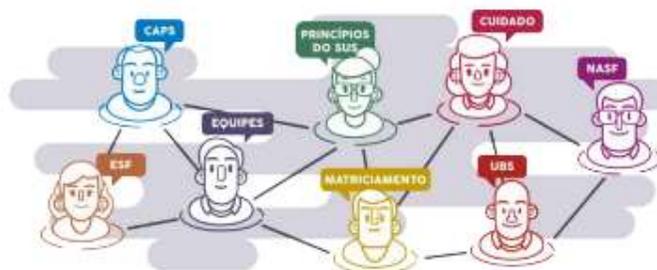
Para mais informações, acesse a cartilha Judicialização da Saúde, no link:

[www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2486](http://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2486)



# 10 PASSOS PARA DIMINUIR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Gestor (a), forme uma equipe multisetorial com os profissionais de sua prefeitura para esta iniciativa. Este modelo pode ser aplicado em qualquer área de atuação que esteja em judicialização. Em relação à Saúde, é indicado, inicialmente, verificar como estão os serviços de Saúde do seu Município, identificar onde existem falhas que geram a judicialização e fazer o mapeamento das ações. Posteriormente, com os dados, busque o Poder Judiciário e solicite a formação de um Comitê.



Obrigada!  
Profa. Dra. Carla Albert



(51) 3231-7155 | [saude@cnm.org.br](mailto:saude@cnm.org.br)